Nr. 8. 22. lutego 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Eugenjusz KRAJEWSKI, Bielszowice. (G. Śl).
lekarz - asystent.

Myoklonja i związek jej z zaburzeniami dokrewnemi
(na podstawie przypadku własnego).

Z lecznicy Brackiej w Bielszowicach.
Lekarz naczelny: r. s. dr. Uloth.

Wyświetlenie etjologji opisanej przez Friedreich-a w r. 1881 myoklonji (*paramyoklonus multiplex*) do dziś dnia pozostaje kwestją otwartą. Przyczyny tego stanu rzeczy doszukiwać się należy w trudnościach z jakiemi połączone jest nieraz odgraniczenie tej nerwicy ruchowej od szeregu podobnych obrazów klinicznych. Stąd w ramach tego, w sposób zresztą klasyczny przez pierwszego badacza tej sprawy, opisanego cierpienia w toku lat znalazły się niewątpliwie przypadki *chorea minor*, *chorea imitatoria*, *chorea electrica*, *tic convoulsif*, hysterji, choroby Dubina lub Henocha i t. p. — słowem zespoły chorobowe, choć często łudząco podobne to jednak nie dość ściśle zdefinjowane, a już stanowczo tłem od myoklonji zupełnie różne. Nie wchodząc w szczegóły różniczkowo-rozpoznawcze to jednak podkreślić należy, że istotną cechą tej jednostki klinicznej stanowią symetryczne kurcze oddzielnych mięśni szkieletowych lub nawet tylko ich części o charakterze klonicznym, a więc nie obejmujące synergistycznie zespolonych grup mięśniowych.

Sam Friedreich wiązał powstanie myoklonji z działaniem urazów psychicznych i w tem przeświadczeniu etjologicznem nazwał ją »*Schreckneurose*«. Podług innych badaczy etjologiczne podłoże myoklonji stanowić mają neuropatja, nadmierne wysiłki fizyczne, choroby zakaźne (błonica, zimnica, gościec stawowy) i ołowica, a więc sprawy tak od siebie odległe i różne.

Korzystne wyniki jakie w szeregu przypadków myoklonji uzyskano drogą opoterapji (podawanie thyreoidyny) nasuwają myśl, czy zaburzeniom wielogruczołowego układu dokrewnego nie należy przypisywać jakiegoś znaczenia w etjologji tej sprawy, szczególnie obecnie, kiedy to spostrzeżono i opisano szereg zaburzeń w czynności mięśni prążkowanych niewątpliwie, choć bynajmniej nie zawsze, skojarzonych z zaburzeniami wewnętrzno-wydzielniczemi. Wspomnę tu tylko o przypadkach myastenji, tężyczki, myatonji lub myotonji wrodzonych, w których znaleziono równocześnie zboczenia tego zakresu czynności narządów.

Opisany poniżej przypadek własny przedstawia skojarzenie myoklonji z chorobą Basedowa.

Chory F. D. lat 49, ślusarz, żon. Pochodzi z rodziny zdrowej, w szczególności obciążenia dziedzicznego chorobami nerwowemi, gruczołów dokrewnych lub przemiany materji brak. Jako dziecko rozwijał się fizycznie i psychicznie prawidłowo, drgawek ani we wczesnem dzieciństwie ani w okresie pokwitania nie miewał i aż do zjawienia się obecnej choroby był wogóle zawsze zdrów. Chorób zakaźnych ani zakażenia kiłowego nie przechodził. Alkoholu nie nadużywał.

Obecna choroba rozpoczęła się w czasie wojny światowej w r. 1915 grubieniem szyji, dolegliwościami sercowemi i niepokojem nerwowym. Z tego powodu został chory skierowany do lecznicy wojskowej, gdzie rozpoznano u niego chorobę Basedowa i w r. 1916 z tegoż powodu zwolniono ze służby wojskowej. W początkach 1916 roku chory zauważył u siebie krótkotrwałe (1—2 sekund) kurcze mięśni twarzy (żuchwy), tułowia i kończyn, które zjawiały się napadowo 1—2 razy na dzień, utrzymywały się od 2—3 dni, by na okres paru tygodni zupełnie zniknąć. W r. 1922 nastąpiło pogorszenie stanu nerwowego: Kurcze zjawiały się codziennie, nieprzerwanie przez przeciąg $1/2$ roku, poczem znikły zupełnie aż do chwili obecnej, w której chory zgłasza się do lecznicy z powodu nawrotu objawów. Kurcze występują obecnie napadowo, kilka razy dziennie, a każda ich serja trwa po kilka minut. Równocześnie z kurczami mięśniowemi doznaje chory uczucia zaparcia oddechu i uderzania krwi do głowy, przytomności jednak nie traci, tylko zmuszony jest przerwać na czas krótki pracę. Kurczom mięśniowym towarzyszą ponadto nieraz dolegliwości sercowe w postaci uczucia ściskania w okolicy serca, kołatania i przyśpieszonej akcji. Objawy te występują samoistnie. Ze strony innych narządów skarg chory nie podaje.

Badanie przedmiotowe wykazuje osobnika wzrostu wysokiego, silnej budowy ciała i dostatecznego odżywienia. Waga ciała 65 kg. Mięśnie dobrze rozwinięte, jędrne; siła ich przy uciśnięciu ręki badającego znaczna. Skóra wilgotności prawidłowej, elastyczna. Na wargach lekka sinica. Skóra całej twarzy również nieznacznie zasiniona, dolne powieki jakby obrzękłe. Żyły powierzchowne szyji i okolicy górnej części mostka porozszerzane. Gruczoły chłonne żuchwowe, pachowe i łokciowe macalne. Ciepłota ciała mierzona w kiszce stolcowej 37,0° C. Tarczyca, szczególnie w płatach bocznych, powiększona, zbitości dość miękkiej, jednostajnej, nie tętni ani też szmerów naczyniowych nie wykazuje. — Czaszka bez zmian szczególnych. Gałki oczne nieznacznie wysadzone, szpary powiekowe rozszerzone. Objawów Stellwaga, Gräfego i Dalrympla brak. Źrenice obie kształtu regularnie kolistego, równej wielkości, na światło wprost i pośrednio oddziaływują dobrze. Śluzówka podniebienia i gardzieli barwy sinawo-czerwonej. Język obłożony. Ropociek zębodołowy. Chrząstka nagłośniowa zniekształcona (zwinięta), tchawica nieznacznie bocznie ścieśniona. Klatka piersiowa szeroka. Dołki nadobojczykowe wypuklone. Dolne granice płuc opuszczone, cieśń szczytów rozszerzona. Granice serca 3 żebro, lewa linja mostkowa — lewa linja sutkowa. Uderzenie wierzchołka serca w V-ym przestworze międzyżebr. na wewnątrz lew. linji sut. rozlane, podnoszące, niemiarowe. Nieznaczne unoszenie się skurczowe całej okolicy serca. Nad końcem serca podmuch skurczowy, drugi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Akcja serca przy osłuchiwaniu niezupełnie miarowa wskutek obecności skurczów dodatkowych. Tętno 76 fal na minutę, dobrze napięte i wypełnione, od czasu do czasu niemiarowe wskutek zjawiania się skurczów dodatkowych, równocześnie z sercem i przerwy wyrównawczej. Parcie krwi R. R. 125/110. Tętnienie tętnic dogłowowych. Ściana tętnicy promieniowej nieznacznie stwardniała. Powłoki brzuszne wiotkie. Nieprawidłowych oporów, bolesności oraz powiększenia dużych gruczołów brak.

Narząd nerwowy: Czucie bez zmian. Objaw Romberga dodatni. Ruchy czynne i bierne, napięcie mięśni oraz zborność ruchów w zakresie normy. Odruchy skórne i ścięgniste bardzo żywe. Drżenie drobne palców. W zakresie mięśni żuchwy, kończyn i tułowia zauważa się błyskawiczne kurcze symetrycznych mięśni (dwugłowy, czwórgłowy uda i t. p.), niewspółczesne po obu stronach, bezplanowo zjawiające się, przy braku jakiegokolwiek rytmu. Kurcze te nie wywołują poza przelotnem wstrząśnieniem żadnego efektu ruchowego. W czasie kurczów chory przerywa często w półsłowa rozmowę, nieraz chwyta z trudnością powietrze, poczem po chwili jest znów zupełnie swobodny.

W moczu składników nieprawidłowych brak. Krew: Hgb. (Sahli) 70%. Erytrocytów 3,200.000. Ciałek białych 7.500. Neutrof. 64%. Lymfoc. małych i dużych 30%. Eozyn. 2%. Bazof. 2%. Przejściow. 1%. Jednojądrz. 1%. Płytek Bizzozera 325 000.

W przedstawionym wyżej obrazie chorobowym skupić można znalezione objawy w dwie grupy. Jedna grupa objawów — to objawy dyshormonalne jak wole, objawy sercowe, wytrzeszcz gałek ocznych, zaburzenia nerwowe (drżenie rąk) i obraz krwi, które należą do całości obrazu Basedowa. Drugi szereg objawów — to dane ze strony układu nerwowo-mięśniowego, charakterystyczne dla myoklonji. Właściwości kliniczne kurczów myoklonicznych, różne w odniesieniu do podobnych schorzeń nerwowych, podkreślę dla naszego przypadku, by tem lepiej uwypuklić słuszność rozpoznania. Kurcze więc mięśniowe zaobserwowane u wyżej wspomnianego chorego mają charakter błyskawiczny i nie obejmują grup mięśniowych czynnościowo sprzężonych, lecz poszczególne tylko mięśnie w sposób zupełnie dowolny i bezplanowy, stąd w przeciwieństwie do pląsawicy, hysterji lub ticków, a nawet stanów encefalitycznych, gdzie rodzaj kurczów mięśniowych odpowiada typowi kurczów pochodzenia centralnego — ruchowy ich efekt jest znikomym. Dalej natężenie kurczów nie jest jednomierne, tak odnośnie do poszczególnych mięśni, jak i co do czasu wystąpienia. Nie można też dostrzec w tej grze kurczów żadnego określonego rytmu. Co do usadowienia kurczów to obejmują one symetryczne mięśnie kończyn i tułowia. Kurcze mięśniowe, jak podaje

chory, zjawiają się głównie przy szczególnem napięciu woli (chęć wykonania jakiegoś rękoczynu ślusarskiego). Pewnego wpływu na częstość kurczów nie można też odmówić wrażeniom psychicznym (badanie chorego). W kurczach biorą też udział i mięśnie języka (zaburzenia mowy), a prawdopodobnie i krtani (napadowa duszność).

To co jest znamiennem i uderzającem w opisanym przypadku — to współistnienie myoklonji i zaburzeń dokrewnych które naturalnie jeszcze nie dowodzi, że obie sprawy muszą pozostawać ze sobą w przyczynowym związku ale czyni etjologiczny ich związek bardzo prawdopodobnym. Rzuca się w oczy w każdym razie to, że oba szeregi objawów wystąpiły ze sobą w pewnym związku czasowym i że na zabiegi organoterapeutyczne odpowiadały równolegle postępującą poprawą. Powstaje to w zgodzie z doświadczeniami Vollmera, że wpływ na przemianę materji, wywarty przez przetwory hormonalne wiąże się ze swoistemi zmianami pobudliwości mięśniowo-nerwowych aparatów. Nie mamy też żadnego powodu kwestjonować pod tym względem wpływu produktów dysfunkcji tarczycy na zakres nerwowo-mięśniowy, tak dobrze zresztą w chorobie Basedowa i z innej strony znany. Drogą doświadczalną udowodniono już działanie na stan pobudliwości włókien mięsnych podskórnie podawanego thymopituglandolu, a w szczególnie silnym stopniu insuliny, której kurczotwórczego działania użyto nawet bez głębszego zresztą uzasadnienia jako probierza hypoglykamizującego działania tego preparatu. Jakiego zaś rodzaju jest mechanizm kurczotwórczego działania produktów nieprawidłowej czynności tarczycy, a wraz z nią zapewnie i reszty gruczołów dokrewnych w przebiegu choroby Basedowa — trudno bez bardzo ścisłych badań określić. Ścisły związek układu gruczołów dokrewnych z unerwieniem wegetatywnem jest niewątpliwym, a wpływ układu wegetatywnego na stan napięcia i kurczliwości mięśni w świetle badań nowych nabiera coraz więcej siły przekonywującej. Nie wchodząc więc we wzajemny stosunek nadrzędności względnie podrzędności układu dokrewnego i wegetatywnego — można sobie wyobrazić, że zaburzenia dokrewne i mięśniowe wywołane są przez zmiany w zakresie wyższych ośrodków układu wegetatywnego, prawdopodobnie podwzgórza, które tą drogą sprowadziły stan dyshormonji z jednej, a patologiczne objawy nerwowo-mięśniowe z drugiej strony. Przytem nieprawidłowe pobudzenia dla włókien mięsnych mogłyby przenosić się wzdłuż całego systemu włókien wegetatywnych aż do unerwienia wegetatywnego sarkoplazmy włókien prążkowanych. Druga możliwość obejmowałaby oddziaływanie układu dokrewnego i wegetatywnego na kierunek przemiany materji i związany z nim stan pobudliwości nerwowo-mięśniowej. Jak wiadomo bowiem układ wegetatywny ma doniosły wpływ na gospodarkę soków ustrojowych szczególnie zaś na specyficzną równowagę jonową tkanek, od której zależy stan receptywnej substancji mięśniowej, a tem samem i stopień jej pobudliwości. Wszelkie przesunięcia w ustosunkowaniu jonowem w kierunku alkalozy prowadzą do zwiększenia pobudliwości nerwowo-mięśniowej i występowania kurczów (n. p. tężyczkowych), w kierunku zaś acidozy do obniżenia jej.

Jakkolwiek więc przyszłość rozwiąże te zagadnienia — to jednak istotną pozostanie zdobycz, że zaburzenia dokrewne w szeregu nerwic ruchowych, a w rzędzie ich i w myoklonji stanowić mogą podstawowy czynnik etjologiczny, a pogląd taki zbliżyć nas musi do płaszczyzny współczesnych poszukiwań naukowych nad pokrewnemi, choć nie identycznemi zaburzeniami układu nerwowo-mięśniowego, których wyświetlenie drogą endokrinologji tak istotny postęp badawczy przyniosło.

Piśmiennictwo.

1) S. E. Jeliffe i W. A. White. A text-book of. neurology and psychjatry, Philadelfia 1923. — 2) Lewy. Wesen des Tonus und der Bewegungshandlung, Kraus u. Brugsch. Path. u. Therap. inn. Krankh. 1924. — 3) Heilig. Zur Kasnistik des Paramyoklonus multiplex. Arch. f. Psych. 1911. Band 48. — 4) Loeb. Param. mult., D. m. W. 1913. 5. B. S. 143. — 5) Marus Fall v. Friedreichschen. Param. mult., Wien. med W. 1903, S. 1065. – 6) Pässler. Fall von Param. mult. Münch. med. Woch. 1909. S. 420. 7) — Hess. Die Myoklonie. Neur. Zentralbl. 1908. S. 747.

K. ORZECHOWSKI i W. MITKUS. Warszawa.

O postaci parkinsonowskiej guzów okolicy przysadki i lejka obok uwag o symptomatologji guzów wnętrza III. komory.

Z kliniki neurologicznej Uniw. Warsz.

Dokończenie.

Co do częstości naszego typu guzów trudno sobie wyrobić pojęcie z powodu luk w opisach sekcyjnych. Według największej dotąd statystyki Cushinga (209 przypadków) guzy Erdheimowskie zdarzają się w 16.7%. Z nich pewna tylko część dosięga tej wielkości, by móc wywołać znaczniejsze wodogłowie, prawdopodobnie nie więcej, niż jedna trzecia lub czwarta część, co dawałoby 4 do 5% guzów przysadki wogóle. Jeśli jednak zważymy, że w grupach Cushinga »gruczolaków chromophobnych« i »torbielowatych« w pewnym odsetku guzy wykazują wzrost dokomorowy, liczba procentowa guzów nas tu interesujących znacznie się podniesie. Na to wskazuje okoliczność, że we własnym materjale, bardzo zresztą skromnym ilościowo w porównaniu ze statystyką Cushinga na 22 przypadków, aż w 5, więc w ponad 20% stwierdziliśmy zespoły pozapiramidowe, więc najprawdopodobniej we wszystkich przypadkach chodziło o guzy komorowe. W dwóch z nich w każdym razie sekcje stwierdziły guzy komorowe i wodogłowie (R. i Kab.). Prawdopodobnie więc nie bardzo odbiegniemy od rzeczywistości, obliczając częstość dużych, komorowych guzów przysadkowo-lejkowych na około 10% ogólnej liczby guzów tej okolicy.

Przeglądając kazuistykę klinicznych guzów przysadki opisanych w piśmiennictwie, uwzględniamy te przypadki, których historja choroby notuje objawy pozapiramidowe. Prócz własnych dwóch przypadków i przyp. Nyssena i van Bogaerta są to przypadki sekcyjne, więc pod względem anatomo-topograficznym zupełnie pewne. Ze skąpego plonu objawów pozapiramidowo-wzgórkowych, jaki znajdujemy w tej kazuistyce, nie należy wnosić, że są one zbyt rzadkie. Historje chorób guzów przysadki dawniej opisywanych wypełnione są niemal wyłącznie objawami, które wówczas były przedmiotem szczególnego zainteresowania, więc objawami ze sfery troficznej. Objawów, tu nas zajmujących, z zakresu pozapiramidowego w przypadkach guzów większych nie dostrzegano może, bo się nimi wówczas nie zajmowano, albo odnoszono je prawdopodobnie do ciężkiego stanu ogólnego, psychicznego i cielesnego, do otępienia i otyłości, w każdym razie nie opisywano ich bliżej, jako mało godnych uwagi. Jednak już w przypadkach najstarszej daty znajdujemy czasem wzmiankę o trudności lub niemożności chodu, dopiero w późniejszych historjach chorób napotyka się objawy, które według stanu obecnego naszych wiadomości mamy prawo z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem pojmować jako zespoły pozapiramidowe, ze względu zaś na sąsiedztwo bliskie okolicy przysadkowo-lejkowej, odnosić je do upośledzenia funkcji właśnie zwojów podstawnych, a nie innych dalej położonych części mózgowia, które w pewnych warunkach podobne mogłyby dawać objawy. W przypadku Bergera-Erdheima był okres zamroczenia ze zesztywnieniem kończyn i tułowia. W przypadku Thomas, Jumentié i Chausseblanche (R. N. 1923. T. 11.) bywały okresowo napady letargiczne przez dwa lata. W napadzie obserwowanym klinicznie stwierdzono hypertonję karku i górnych kończyn, a po ustąpieniu napadu ruchy mimowolne, prawie rytmiczne barków, którym towarzyszą ruchy prostujące łokci i współczesny głęboki wdech. Mamy więc tu zespół kurczowy przypominający pewne konstelacje myokloniczne. W ostatnim napadzie przed śmiercią pojawiły się bóle gwałtowne w barkach i bardzo znaczna hypertonja. W obserwowanych napadach był obecny obustronny Babiński. Ponieważ przed 1. napadem wystąpiła nagle amnezja z dyzartrją, podejrzywano zrazu paralizę. Zespół odżywczo-wydzielniczy wystąpił dopiero w 3. r. choroby. U chorego Claude-Schoeffera uderza notatka: »chory znużony, bardzo senny, wszystkie ruchy są bardzo powolne«. W niezupełnie pewnym przypadku Bussel-Risien'a (proc. of. the r. s. of. med 1921, Nr. 14.) zanotowane jest grube drżenie obu rąk. Chora Cuela miała

powolną mowę i utrudnienie chodu. W 2. przypadku Bregmana i Steinhausa chód był dobry, lecz zwroty niezgrabne, było drżenie wahadłowe rąk i dolnych kończyn, silniejsze po stronie prawej, przy Babińskim lewostronnym — wreszcie ogólne toniczne kurcze. Silne drżenie rąk i nóg spostrzegała Siedlecka. W przypadku Sainton-Pérona (L'Encephale 1923, str. 358), chory miał silne spowolnienie mowy, nieruchomą twarz, szeroko rozwarte oczy, stale zmarszczone czoło, połowiczy niedowład bez Babińskiego i zły chód. Jedyny dotąd przypadek pełnego zespołu parkinsonowskiego z wybitnemi objawami wzgórkowemi (bóle i przeczulica) przedstawili klinicznie Nyssen i van Bogaert na ostatnim Zjeździe franc. psychjatrów i neurologów. Poza wymienionemi przypadkami możliwe bardzo, że część przypadków z objawami pozapiramidowemi gubi się w kazuistyce guzów przysadki z objawami psychotycznemi. Cięższe zaburzenia psychiczne nie odpowiadają bowiem większości guzów śród- i pozasiodełkowatych, a prawdopodobnie właśnie guzom naszego typu, t. j. guzom dużym, komorowym, boć te guzy wywołują wodogłowie. Snadniej wyobrazić sobie możemy związek otępienia i psychozy Korsakowa z dużym guzem okolicy przysadkowej i z wodogłowiem mu towarzyszącem, niż zależność tych stanów od humoralnych wpływów guzów mniejszych rozmiarów Duże zaś guzy wprost wyjątkowo rozwijają się w płask na dnie jamy czaszkowej, z reguły prawie ku wnętrzu III. komory. W symptomatologji przypadków psychjatrycznych piśmiennictwa zapewne nieraz ciężkie zaburzenia psychiczne przesłaniały lub utrudniały interpretację objawów pozapiramidowych, z których część, jak akinezę, powolność ruchów, kataleptyczność, nawet utrudnienie chodu sprowadzano do stanu psychicznego. Z bardziej znanych przypadków wymienię tu przypadki Strausslera, Frankl-Hochwarta, Parhona-Goldsteina, Schuppiusa (»typowa katatonia«), wreszcie Kankeleita, Oppenheim (Z. f. d. g. N. u. Ps. T. 25., str. 527) i Kahlmeter (D. Z. f. Nhk. 1916. str. 173) w pracach o *pseudoparalysis pituitaria*, nie wyszczególniają w historjach chorób żadnego objawu o pokroju pozapiramidowym, co nie musi zupełnie wynikać z przeoczenia. Należy bowiem stwierdzić, że w pewnych rzadkich przypadkach piśmiennictwa duże guzy komorowe przysadki nie dawały wodogłowia wewn., a w innych także bardzo rzadkich, sądząc z dokładnych opisów klinicznych, nie było objawów pozapiramidowych, chociaż wodogłowie komór było obecne. Do takich wyjątków należy przypadek przedstawiony przez Stef. Leśniewskiego w Towarzystwie lek. Szp. Dz. Jezus, w którym guz, wypełniający wysoko III. komorę (stwierdzono to na podstawie konturu wapniowego, nie dawał objawów pozapiramidowych. W tym przypadku także odma nie wykazała wodogłowia.

Przytoczony powyżej kliniczny materjał uzupełniamy własnemi spostrzeżeniami. W historjach chorób guzów przysadki, obserwowanych dłuższy czas przez jednego z nas (18 przypadków we Lwowie i 4 w Warszawie), znaleźliśmy cztery przypadki z zespołami pozapiramidowemi. Z natury rzeczy wynika, że dotyczące notatki mogliśmy wyszukać w historjach chorób tylko przypadków z zaburzeniami pozapiramidowemi bardzo wybitnemi.

1. Kaban 30. l. Szpital lwowski. Obserwowana przez dwa miesiące w 1909 r. U chorej tej sekcja wykazała szkliwiak wychodzący z lejka, wielkości jaja gołębiego ponad makroskopowo nie zmienioną przysadką. Guz wgłębiał się wysoko w III komorę. Znaczne wodogłowie wewn. W płacie czołowym prawym torbiel wielkości orzecha włoskiego, której ściana wykazywała utkanie szkliwiaka. Obok zespołu przysadkowego (niezwykła otyłość, moczówka prosta, brak miesiączkowania) psychozy Korsakowa z maniakalnem podnieceniem i omamami wzrokowemi i słuchowemi, znajdujemy w historji choroby następujące notatki: Przykurcz w zakresie całego nerwu twarzowego prawego. Brak porażeń, brak Babińskiego, Mendla-Bechterewa i Rossolima, z początku przelotnie Oppenheim po lewej, zaznaczony po prawej. Chodzi niedołężnie, stopy stawia bardzo powoli, zwłaszcza utrudnione jest obracanie się podczas chodzenia. Leży z przygiętemi kolanami, nogi trzęsą się stale, często prawa noga więcej. Przeczulica bolesna całego ciała. W miarę trwaniu stanu chorobowego chód się coraz pogarszał, odruchów patologicznych przykurczowych stale brakowało. Objawów oponowych nie było.

2. Żur A. lat 52. Szpital powszechny lwowski, 1910—1911. Jest to ten sam chory, na którym Mikulski przeprowadzał »Badanie nad tętnieniem mózgu człowieka«, (Lw. Tyg. lek. 1914). Od roku bole i zawroty głowy bez wymiotów, osłabienie wzroku i czasem podwójne widzenie. W tym czasie dwa napady drgawek. Brak popędu od 2 lat. Przedmiotowo: Chudy. Z początku połowicze prawostronne niedowidzenie, potem przez krótki czas ślepota połowicza, z czasem powrót pola widzenia do prawidłowego kształtu, tylko pewne zaciśnienie ze wszystkich stron. Bystrość wzroku 6/12, z czasem podupadła do: palce na $^1/_2$ m. na l., a $1^1/_2$ m. na prawem oku i równocześnie wytworzył się biały zanik brodawek nerwów wzrokowych. W okolicy siodełka tureckiego duży, okrągławy cień, silnie wysycony solami wapniowemi, zarysów siodełka się nie rozróżnia, zresztą objawów wzmożonego ciśnienia na roentgenogramie brak. Przysłuch czaszki ujemny. Wassermann z krwi i płynu m. rdzen. ujemny. Zaznaczony wytrzeszcz gałek, z czasem lekkie opadnięcie lewej powieki i niedowład 1. mięśnia prostego górnego. Nieznaczne otępienie umysłowe. Brak zamroczenia. Bóle głowy niewielkie. Po nocach nie sypia. Leży stale w łóżku, samoistnie nie mówi, odpowiada monosylabami. Zmuszony do chodzenia, chodzi drobnemi krokami, za powolnie, zwroty wykonuje nadzwyczaj powoli i »ostrożnie«. Przy próbie Romberga z czasem słania się w tył. Często drżenie rąk i palców, zwłaszcza prawej ręki, stale grube drżenie całej masy języka. Ruchy prawych palców jakby niedołężne. Odruchy ścięgnisto-okostnowe nie wzmożone, równe, po napadach czasem wygórowane nieco po prawej stronie, brzuszne i podeszwowe równe, brak Babińskiego przez cały czas, Przy końcu obserwacji zaznaczony niedowład prawych kończyn, i wzmożenie napięć mięśniowych w prawej kończynie górnej bez wygórowania odruchów. Brak zaburzeń afatycznych. Mowa często niewyraźna, z zacinaniem się, jednak nie o typie dyzartrji porażeńców. Brak apraksji. Bardzo częste napady, nieraz kilka na dzień, o różnym charakterze, to ogólne z utratą przytomności, to Jacksonowskie prawostronne, te najrzadziej, najczęściej napady bez utraty przytomności z tonicznem wyprostowaniem wszystkich kończyn i podaniem głowy w tył. Wreszcie miewa chory tego rodzaju napady: mówi, że ma napad, zachowuje się jednak przytomnie; dopiero przy uważniejszej obserwacji spostrzega się drobne bardzo szybkie drżenie wszystkich kończyn w całości i dolnej szczęki. Gdy dostaje takiego napadu chodząc, nie pada, lecz się tylko przechyla na prawy bok Brak objawów móżdżkowych, ze strony czucia i oponowych. Stale skłonność do przyśpieszenia tętna. W moczu 1,2% cukru. W ciągu przebiegu sprawy chorobowej poprawy i pogorszenia. W okresach poprawy chodzi wcale dużo i dobrze, rozmawia z chorymi, nie robi wrażenia »tępego«. Po zabiegu odbarczającym Cushinga stan motoryczny poprawił się znacznie, napady występowały raz na kilka dni. Chorego przeniesiono do Zakładu w Kulparkowie, gdzie stan taki sam utrzymywał się przez kilka lat.

Przypadek ten nastręczał swego czasu duże trudności rozpoznawcze. Obok objawów guza przysadki (cień siodełkowy, okresowa ślepota połowicza prawostronna, zanik popędu płciowego, cukier w moczu, brak tarczy zastoinowej, przewlekły przebieg, mało nasilone ogólne objawy guza mózgu), istniały bowiem zaburzenia ruchowe, których stanem psychicznym chorego niepodobna było tłumaczyć: akineza, zaburzenia nietypowe mowy, powolność chodu, trudność zwrotów, wreszcie drżenia. Nie można było odnosić tych zaburzeń do zmian piramidowych, bo różnicę odruchów czasami się tylko wykazywało i to zawsze dyskretną, a objawu Babińskiego przez cały czas obserwacji nie było. Ponieważ takiego zespołu przy guzach przysadki dotąd nie opisywano, sam zaś guz przysadki mógł być uważany za niezupełnie typowy, wydawało się swego czasu że najlepiej ominie trudności rozpoznawcze wynikłe z nieprawidłowości obrazu chorobowego rozpoznanie guza rosnącego obok przysadki, po jej stronie lewej, uciskającego może na płat czołowy lewy. Obecnie, zdaje się nam, że objawy ruchowe, mimo ich przedstawienia w historji choroby, jak na obecne nasze wymagania, nie zupełnie dostatecznego, odpowiadały zespołowi pozapiramidowemu, przeważającemu po stronie prawej. Guz był najprawdopodobniej szkliwiakiem, wychodzącym z przysadki lub lejka i stąd dawał cień ciała wysyconego solami wapniowemi. Przytem wrastał on prawdopodobnie w III. komorę wywołując wodogłowie, znaczniejsze lewej komory. Wodogłowie wewn. tłumaczyło przeważną część napadów, inne musiały być zależne od przywarcia okolicy ruchowej kory do opony twardej.

3. Sok. lat 48, obserwowana w 1915 i 1917 w Szpit. Powsz. lwowskim, potem w Kulparkowie od 1917 do śmierci, dnia 20. IV. 1918 Sekcja (Hornowski) wykazała torbiel przysadki. Dokładniejszego protokołu sekcyjnego brak.

Chora raz była w ciąży, która skończyła się poronieniem. Od 25. roku życia nie miesiączkuje i odtąd niepomiernie tyje. Od bardzo wielu lat datują się silne zawroty i bóle głowy, bóle nóg, utrata pamięci i senność taka, że zasypiała w trakcie zajęć. Od roku nie chodzi. Od trzech lat nie utrzymuje moczu. Przy pierwszem badaniu przypuszczenie porażenia postępującego wydawało się pewnem z powodu objawów psychicznych nierówności, zniekształcenia i braku odruchów źrenicznych

i silnego drżenia rąk. Jednak odczyn Wassermanna we krwi był stale ujemny. Uwzględnienie reszty objawów i obserwacja dostarczyły dowodów, że chodziło o niezwykły przypadek guza przysadki. Badania były bardzo utrudnione z powodu zachowania się psychicznego chorej, nieuwagi i jakby rysu negatywistycznego (?), wielkiej wyczerpalności i wreszcie przeczulicy skóry całego ciała najznaczniejszej w dolnych kończynach.

Kolosalna otyłość. Twarz akromegaliczna. Mocz bez zmian, po adrenalinie wydzieliła nieco cukru. Zniszczenie siodełka tureckiego. Dno oka prawidłowe niedowidzenia połowiczego brak, jednak bystrość wzroku upośledzona dość znacznie. Kończyny górne prawidłowe, tak samo dolne, o ile chodzi o ruchy w łóżku. Postawiona, trzyma się przygarbiona, stąpa drobnemi, wcale szybkiemi krokami, nie odrywając stóp od podłogi, mimo przebierania stopami, często prawie nie posuwa się naprzód. Robi to niechętnie. Usprawiedliwia się, że »nie może więcej« i domaga się przeprowadzenia z powrotem do łóżka. Czasem Babiński po lewej stronie. Grube masowe drżenie języka, silne, stałe drżenie rąk i palców, jak w paraliżie. Na dolnych kończynach stała hypertonja, mięśnie silnie napięte, pod grubą podściólką tłuszczową wyczuwa się ich jędrne i ostre kontury. Daleko idące otępienie umysłowe, zespół Korsakowa z euforycznem, to zgryźliwem podnieceniem. Przy badaniu dziwne zachowanie się, chora poleceń często nie spełnia n. p. nie podaje ręki, nie zamyka oczu, tłumacząc się »jakoś nie mogę, zaraz zrobię, jakoś się tak przestraszyłam«, po pewnym czasie na ponowne wezwanie dane polecenie wykonywa zupełnie poprawnie. W czasie pobytu w Kulparkowie, wedle odpisu historji choroby łaskawie mi użyczonego przez kol. Neufeldówną wystąpiło z czasem usposobienie płaczliwe, jeszcze większa »oporność« przy badaniach lekarskich, ataksja górnych i dolnych kończyn, wreszcie połowicze niedowidzenie.

Abazję i astazję chorej i jej pozorny negatywizm należy widocznie odnosić do zespołu pozapiramidowego, jak również nadmierne napięcie mięśni w dolnych kończynach i drżenia, zaś przeczulicę obok samoistnych bólów, do poronnego zespołu wzgórkowego.

4. A. S. lat 33. Klinika Neurologiczna U. W. 1922. Żadnego cierpienia gorączkowego nie przechodził. Od 4 lat bóle głowy z wymiotami. Od $^1/_2$ roku zaniewidział, przytył i stracił zupełnie siłę męską. Od kilku miesięcy nie może zatrzymać moczu. Przedmiotowo: Wysoki, dość otyły, grube policzki, części płciowe i owłosienie słabo rozwinięte. Zniszczenie zupełne siodełka tureckiego. Zanik prosty obu nerwów wzrokowych. Niedowład mierny spojrzenia w obie strony. Zresztą brak zmian w nerwach czaszkowych. Stać może, chodzić nie chce. Pada często na prawo. Kończyny górne, zwłaszcza ręce, przybierają często typowe ułożenie parkinsonowskie. Przykurcz stały zginaczy kolan, w niewielkim stopniu. Brak objawów piramidowych, silnie wygórowane odczyny antagonistów, zwłaszcza po stronie prawej. Wydelikacony i ścieńczały naskórek na palcach rąk. Przeczulica na całem ciele. Brak objawów móżdżkowych i oponowych. Badanie w kierunku kiły ujemne. Płyn m. rdz. prawidłowy, pod miernem ciśnieniem. Zazwyczaj śpi, zwolnienie procesów psychicznych, inteligencja mało upośledzona. Przeważnie wykonuje ruchy polecone dopiero po naleganiach powoli, z przerwami. Rozpoznanie: Guz przysadki z objawami parkinsonoidu.

Uzasadnienie pozapiramidowego pochodzenia zaburzeń ruchowych w przytoczonych przypadkach wydaje się zbędne, tak są one charakterystyczne. Uderza przytem, że niedowłady pozapiramidowe stale i w najwyższym stopniu dotyczą dolnych kończyn. W trzech przypadkach spotykamy przeczulicę ogólną, którą w danych okolicznościach musimy uważać za objaw wzgórkowy.

Przytoczona wyżej kazuistyka kliniczna obca i własna jest przykładem wikłania się guzów przysadkowo-lejkowych objawami pozapiramidowymi. Znajdujemy tu już to poszczególne tylko objawy pozapiramidowe, to luźne ich ugrupowania, wreszcie objawy usystemizowane w zespoły parkinsonowskie, od poronnych do pełnych — obok napadowo występujących objawów zesztywnienia odmóżdżeniowego (*rigidité decerebrée)*. W czterech własnych przypadkach i przypadku v. Nissen-Bogaerta ponadto był obecny szczątkowy zespół wzgórkowy *).

*) Tutaj musimy wtrącić, że przeczulica bólowa i samoistne bóle chorych z guzami przysadki muszą poważnie zachwiać przypuszczeniem o pochodzeniu przysadkowo-lejkowem choroby Dercuma, jako zespołu dokrewnego na tej podstawie, że w dwóch przypadkach stwierdzono sekcyjnie guzy przysadki. Przypadek samego Dercuma nie nadaje się do analizy z powodu braku dokładniejszych szczegółów. W przypadku Burra (Journ. of. n. s. m. dis. 1900) guz przysadki wdzierał się do komór. Naszem zdaniem, guz w tym przypadku odpowiadał dużemu guzowi komorowemu z objawami wzgórkowemi zależnemi od wodogłowia III. komory.

Zespoły pozapiramidowe tych przypadków, a także objawy wzgórkowe należy wiązać z wodogłowiem wewnętrznem, do którego doprowadzają duże guzy komorowe. Wykazaliśmy poprzednio, że pewna część guzów przysadkowo-lejkowych rozrasta się w duże guzy komorowe, wspominaliśmy też z drugiej strony, że we wszystkich sekcjonowanych przypadkach z klinicznie stwierdzonemi objawami pozapiramidowemi, w których protokóły sekcyjne są na tyle dokładne, rzeczywiście istniały takie duże komorowe guzy z wodogłowiem następowem.

Guzy przysadki typu tutaj przedstawionego są z natury rzeczy zarazem guzami III. komory do objawów; więc pozapiramidowych i wzgórkowych dołączają się w przypadkach tych guzów objawy, po części już skądinąd znane, guzów III. komory. Pozostaje nam więc poświęcić jeszcze kilka słów symptomatologji tych guzów Pierwszy i jedyny dotąd starał się ją nakreślić Weisenburg (Brain, 1910, str. 236) na podstawie 30 przypadków zebranych z piśmiennictwa. Miał on na myśli guzy III. komory w ściślejszem słowa znaczeniu, więc wychodzące ze splotu naczyniowego, przesłony i wyściółki, które nie naruszając głębiej tworów mieszczących się w ścianach komory III. rozwijają się ku wolnej przestrzeni komorowej. Materjał kazuistyczny W. można obecnie pomnożyć o przypadki Sjövalla (Zieglers Beitr. T. 47), Beutlera (Virch. Arch. T. 232) i Sundberga (Acta med. scand. 1923) torbieli wyściółkowych, Parkera (J. of. n. a. m. dis. 1923). Beiley'a i Reifensteina (tamże), wreszcie Claude'a i Lhermitte'a (R. N. 1918. I. str. 39, ref.) Nawiasem tylko wspominamy, że w wyborze swego materjału kazuistycznego W. niedopełnia warunków, które sam sobie zakreślił, włączając do kazuistyki przypadki, które właściwemi guzami III. komory w przyjętem przezeń znaczeniu nie były. Należą tu przypadki guzów przysadki pewnych, Calonziego, Cornila-Ranviera, Falksona, Saxera, Selkego, Wallmana, Wilsona i prawdopodobnie z przysadki wychodzących: Birch-Hirschfelda, 2 przypadki Motta, Russela, ostatni wreszcie przypadek własny Weisenburga. Jeśli dodamy, że w tak umniejszonym zbiorze przypadków znaczna część historji chorób jest zgoła niekompletną, zrozumiemy, że na tym szczupłym i kruchym materjale obserwacyjnym trudno było rozbudować zwarty obraz klinicznego zachowania się właściwych guzów III. komory, Mimo to wiele szczegółów pracy W. zasługuje na podniesienie. Oddziela on guzy małe siedzące na dnie III. komory, tu należeć będą guzy ściśle lejkowe, od guzów dużych, wreszcie potrąca o możliwość odrębnej postaci guzów ruchomych, szypułowanych, mogących okresowo zatykać otwory Monroego, a dodajmy od siebie, także wyjście wodociągu Sylwjusza (przypadki Sundberga i Beutlera). Zatrzymajmy się na guzach większych. Te mają często skłonność rozrastania się z kierunkiem prądu płynu m. rdzen. ku wodociągowi, który rozpychają nieraz tak dalece, że może dokonać się rozdział obu jąder czerwonych. W ten sposób znalazłyby wytłumaczenie objawy gałkoruchowe, móżdżkowe i w pewnej mierze pozapiramidowe. Zawsze guzy te wywołują wodogłowie wewn. wszystkich komór, które W. tłumaczy wedle Motta uciskiem na żyły Galena przebiegające w przesłonie naczyniówkowej i wzmożonem przesiąkaniem cieczy m. rdz. ze splotów. Obok tego naszem zdaniem, czynnik mechanicznego podrażnienia splotów przez sąsiedztwo guza mógłby mieć także pewne znaczenie. Z objawów neurologicznych obok natężonych objawów ogólnych guza mózgu (z wyjątkiem tarczy zastoinowej) wymienia W. częstość niedowładów kończyn i to w 7 przypadkach jednej strony, w 5 obu stron, podkreślając, że niedowłady te, podobnie jak w wodogłowiu wewn., nie odpowiadają właściwym porażeniom (*a paresis without a well-defined paralysis*), Dodajmy, że i w przypadkach Baileya-Reifensteina i Parkera było osłabienie dolnych kończyn i górnej lewej, w niej grube drżenie i brak objawu paluchowego. Wreszcie podnosi W. częstość ciężkich zmian psychotycznych: 3 razy obraz porażenia postępującego, raz Korsakow, szesnaście razy otępienie ze skłonnością do śpiączki. W 1. przypadku Motta-Barrata z obrazem porażenia

postępującego zmieniały się objawy: odrętwienia, otępienia i senności ze zwolnieniem mowy, ruchów, drżeniem języka i twarzy tak, że chory sprawiał okresami wrażenie epileptyka, to porażeńca, to zupełnie zdrowego. Nie ulega dla nas wątpliwości, że jak wynika z obrazu chorobowego tego ostatniego przypadku i z niektórych rysów zaobserwowanych przez Weisenburga, a nadto z symptomatologji dużych guzów przysadki, będących zarazem guzami III. komory kazuistyka guzów III komory sensu strictiori zaznajomi nas w przyszłości o wiele częściej z objawami pozapiramidowemi i że tak uzupełniona stanowić będzie odpowiednią podstawę dla ich rozpoznania różniczkowego. Wobec rzadkości »czystych« guzów III komory, symptomatologja ich czerpać może z kazuistyki klinicznej guzów przysadki naszego typu, ponadto z kazuistyki wodogłowia wewn. i guzów wrastających do III. komory z innych ścian, a mamy tu na myśli w pierwszym rzędzie guzy spoidła wielkiego tak często zbliżone klinicznie do guzów III. komory i wreszcie guzy przegrody przeźroczystej. Na zasadzie własnych spostrzeżeń i uwzględniając doświadczenia Weisenburga możemy ustalić już teraz, że zrąb objawowy właściwych guzów III. komory stanowią obok otępienia i śpiączki zespoły pozapiramidowe, mniej lub lub więcej pełne, i szczątkowe objawy wzgórkowe w postaci ogólnej przeczulicy.

O stronie chirurgicznej guzów naszego typu nie pozostaje nam wiele do powiedzenia. Doszczętne ich usunięcie zapomocą którejkolwiek ze stosowanych metod wydaje się niemożliwe. Cushing zaleca dla szkliwiaków drogę klinową przyczem w pewnych przypadkach jest zmuszony operować drugi raz drogą czołową. C. z wyników swoich jest zadowolony, a przypuścić należy, że wśród olbrzymiego materjału musiał natrafić także na guzy duże, komorowe. Rzecz jasna, że możliwe jest tylko wyłuszczenie części pozakomorowej części guza. Wyniki Cushinga należy przypisać odbarczeniu przez wybicie otworu klinowego, a i temu, że guz komory ma potem możność wysunąć się z III. komory na zewnątrz, ku dołowi, bo z jej ścianami przeważnie nie bywa zrośnięty. Wówczas przestaje uciskać na żyły Galena. Iść za propozycją Dandye'go (Johns Hopkins Hospital Bull. 1922., str. 188) poprzez duże spoidło, znaczyłoby przedsiębrać zabieg niesłychanie niebezpieczny, a nie dający żadnej nadziei wyjęcia guza dużego i niepodatnego z powodu zwapnień. O ile guzy przy stosowaniu zabiegu przez zatokę klinową rzeczywiście wysuwają się częściowo z komory III., droga klinowa nadawałaby się do operacji paljatywnej. Drugim sposobem postępowania, mniej ryzykownym i tam godnym zalecenia, gdzie nie ma dowodów zajęcia okolicy siodełkowo klinowej, byłby zwykły zabieg odbarczający podskroniowy z następowem naświetlaniem roentgenowskiem guza. Wobec samoistnej skłonności guzów do rozpadu rokuje to leczenie nadzieję częściowego wyniku.

Streszczenie wyników:

Pewna część guzów okolicy przysadki wrasta głęboko do III. komory, aż po strop, co wywołuje niemal zawsze znaczne wodogłowie wszystkich komór. Są to przeważnie guzy powstające z resztek przewodu przysadkowego, dość często torbielowate, zawierające złogi wapniowe. Z powodu przeważającego rozrostu komorowego guzy te bywały dość często określane w piśmiennictwie jako guzy III. komory lub lejka.

Klinicznie stwierdza się w przypadkach guzów tego typu zespół przysadkowo-lejkowy, nasilone objawy ogólne guza mózgu w przeciwieństwie do innych guzów przysadki, a ponadto: 1) objawy pozapiramidowe, to w luźnych ugrupowaniach, to zagęszczające się w zespoły parkinsonowskie, przyczem najczęściej są dotknięte dolne kończyny; 2) poronne objawy wzgórkowe w postaci ogólnej bolesnej przeczulicy, a czasem samoistnych bólów; 3) skłonność do śpiączki bardziej uderzająca niż przy innych guzach przysadki; 4) często otępienie, czasem z zespołem Korsakowa; 5) objawy móżdżkowe (na dalszym planie); 6) roentgenologicznie często cienie wapniowe, a po wykonaniu odmy duże wodogłowie komór (czasem także trzeciej).

Należy oczekiwać, że rozpoznanie właściwych guzów III. komory opierać się będzie obok objawów już podniesionych przez Weisenburga (objawy ogólne guza, śpiączkowe, dementywne). na stwierdzeniu wodogłowia sposobem odmowym i zespołów 1. i 2. Te same grupy objawów muszą również dopełniać często obrazy kliniczne guzów wrastających do III. komory od góry, więc guzów spoidła i przegrody przeźroczystej.

Guzy komorowe opisanego typu nie nadają się do wyłuszczenia żadną metodą chirurgiczną.

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Według powszechnie przyjętego zdania, nowotwory woreczka żółciowego są ściśle uzależnione od kamicy. Hotz (*Z. f. d. g. Chir. T. XVI. H.8.*), opierając się na danych z kliniki w Bazylei uważa, że rak dróg żółciowych powstaje zwykle na tle przewlekłej kamicy żółciowej a wspomniany fakt służyć powinien za pewne wskazanie do operacji radykalnej. Marchand (*Z. f. d. g. Chir. T. XVI. H. 7.*), powołując się na osobiste doświadczenie, twierdzi, że rak woreczka żółciowego, z małym wyjątkiem, rozwija się zawsze w woreczku, w którym są, albo były złogi. Autor ten sądzi, że rak woreczka żółciowego może służyć za najlepszy przykład powstawania nowotworu złośliwego w następstwie przewlocznego zapalenia i podrażnienia. Brütt, spostrzegając 82 przypadki raka woreczka żółciowego, stwierdził 31 razy jego kamicę; upoważnia go to do wniosku, że kamienie w wysokim stopniu sprzyjają bujaniu rakowemu. Wilms (*Med. Klinik 1918. Nr. 23.*) operował 1000 przypadków schorzeń przewodów żółciowych, wśród których 43 razy zauważył raka woreczka żółciowego, zawierającego kamienie. Autor ten sądzi, że jednym z najważniejszych wskazań do operacji przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego jest zwrócenie uwagi na wywiady w kierunku usposobienia chorego lub rodziny jego do schorzeń rakowych. Mayo (*Lancet* 1923 z dn. 30 czerwca) oblicza dla raków woreczka żółciowego 3% wszystkich przypadków kamicy. Z innych autorów, którzy przeczą temu i podzielają zdanie, że nie rak jest następstwem kamieni, lecz przeciwnie, zasługuje na uwagę przedewszystkiem znany i doświadczony w tej sprawie profesor Kehr. Zdaniem jego, w piśmiennictwie nagromadziło się już sporo opisów przypadków raka woreczka żółciowego u jednostek, które nigdy się nie uskarżały na napady kolki żółciowej. Zdaniem jego, rak woreczka żółciowego jest wogóle rzadkiem schorzeniem, a jeśli się weźmie pod uwagę nawet postacie utajone, występuje on nie częściej, niż w 1% wszystkich przypadków kamicy żółciowej. W większości przypadków pojawia się równoczesne (koegzystencja) współistnienie raka i kamicy żółciowej, a niekiedy tworzenie kamieni jest zjawiskiem wtórnem. Rakowo zmieniony woreczek żółciowy może służyć za doskonałe podłoże dla rozwoju najrozmaitszych drobnoustrojów, które w obfitości mogą zachodzić w żółć, boć powszechnie znaną jest już rzeczą, że żółć zupełnie zdrowych ludzi może zawierać liczne drobnoustroje, to też podobną bakterjocholję uważa się często za przyczynę powstawania zakażeń dróg żółciowych (Umbe). Wobec tego stany zapalne w obecności raka łatwo prowadzić mogą do wypadania kamieni. Rzecz naturalna, że Kehr nie zaprzecza w zupełności ewentualnego podrażnienia kamieniem, co również może mieć pewne znaczenie w etjologji nowotworów rakowych. Aldor (*Z. f. d. g. Chir. T. XVIII. H. 5.*) kategorycznie stwierdza, że nie posiadamy jeszcze dostatecznych dowodów, przemawiających za ścisłym związkiem między schorzeniem rakowem a woreczkiem żółciowym i obecnością kamicy. Według niego wywiady chorych, cierpiących na raka woreczka żółciowego, nie wskazują zwykle na przebycie kamicy.

Z polskich autorów Eust. Siedlecki (Warszawskie

TABELA II.

Śmiertelność kobiet na raka według lat i narządów.

Lata	Odsetek	Suma	Krtań	Tchawica	Oskrzela	Warga	Przełyk	Żołądek	Jelita	Drogi żółciowe	Wątroba	Trzustka	Otrzewna	Nerki	Pęcherz moczowy	Narząd rozrodczy	Sutek	Skóra	Tarczyca	Nadnercza
10 — 20	0,7	3														2		1		
21 — 30	6,5	25		1	1			4	4	1	1					11	2			
31 — 40	20,4	79			3		1	30	6	7			3		5	22	2			
41 — 50	33,1	127	1		3		4	27	15	10	1	1			3	50	11		2	
51 — 60	18,9	69			3			23	5	3		2				33	1			
61 — 70	12,7	49	1		1		3	17	2	8		1	1	1		9	3			
71 — 80	7,2	27			2	1		12	5	3	2					2				
81 — 90	1,0	4						2		1			1							
Razem . .		383	2	1	13	1	8	115	37	33	4	4	5	1	8	129	19	1	2	

TABELA I.

Śmiertelność mężczyzn na raka według lat i narządów.

Lata	Odsetek	Suma	Podniebienie	Migdałek	Krtań	Tchawica	Oskrzela	Śródpiersie przednie	Warga	Język	Przełyk	Żołądek	Jelita	Drogi żółciowe	Wątroba	Trzustka	Nerki	Pęcherz moczowy	Stercz	Sutek	Skóra	Tarczyca	Nadnercza
10 — 20	0,22	1										1											
21 — 30	3,35	15					1	1				11	2										
31 — 40	12,2	55	1				2				3	37	4	3		3			1				1
41 — 50	29,9	134			3		10			1	13	80	11	3	3	3	1	2	1			2	1
51 — 60	33,4	150	1		6	1	17		2		9	78	21	4	2	3		3	1		1		1
61 — 70	15,8	71		1	7		5	1			11	34	3	1		1	1	3	1			1	1
71 — 80	4,2	19					2				1	11				1		2	2				
81 — 90	0,7	3										3											
Razem . .		448	2	1	16	1	37	2	2	1	37	255	41	11	5	11	2	10	6		1	3	4

Czas. lek. Nr. 9 r. 1924) podaje tabelkę, z której wnioskować można, że liczba stwierdzonych nowotworów woreczka żółciowego wzrasta z wiekiem, równolegle do wzrastania częstości kamicy. Zwłaszcza wyraźnie zaznacza się to u kobiet, u których nowotwory te pojawiają się przeszło 8-krotnie częściej, niż u mężczyzn. W zestawieniu jego nowotwory pęcherzyka żółciowego były przyczyną śmierci osobników z kamicą w 32 przypadkach na 97 przypadków kamicy, stwierdzonej na 1822 sekcyj. Biorąc pod uwagę zestawienia Siedleckiego, które stwierdzają, że kamica u kobiet 4,3 razy częściej pojawia się, niż u mężczyzn, a według Hornowskiego (Lwowski Tygodnik lekarski r. 1911) 3,6 razy częściej, niż u mężczyzn, a dalej powszechnie uznane zdanie wszystkich autorów co do przeważającej częstości występowania raka woreczka żółciowego u kobiet, można przychylić się do zdania, że istnieje zapewne pewien pochodny związek między temi dwiema rzeczami.

W mojem zestawieniu na 32 przypadki raka woreczka żółciowego w 18 przypadkach stwierdzono obecność kamicy. Co do wieku, to podobnie jak na kamicę, tak i na raka największy procent przypada na lata 41 a 70.

Rak woreczka żółciowego występuje bądź w postaci ograniczonego nowotworu, zajmującego ściśle określony odcinek ściany, bądź w postaci rozlanej, obejmującej pęcherzyk żółciowy w całości. W ostatnim razie pęcherzyk się kurczy, ściany jego są wybitnie zgrubiałe, niekiedy dopiero badanie drobnowidowe jest w stanie rozstrzygnąć o przyrodzie schorzenia. Budowa nowotworu rakowego bywa nadzwyczaj urozmaicona.

Według Kehr'a w 72% stwierdza się raka włóknistego, w 20% raka rdzeniastego i w 8% raka galaretowatego. Baylac *(Z. f. d. g. Ch. T. IV. str. 637)* wyróżnia dwie postaci raka woreczka żółciowego, w pierwszej nowotwór ogranicza się tylko do pęcherzyka żółciowego i nie daje przerzutów, w drugiej szybko są przerzuty w wątrobie. zazwyczaj najczęściej pojawia się w woreczku żółciowym rak cylindryczno-komórkowy albo okrągłokomórkowy, niekiedy pod postacią raka włóknistego albo galaretowatego. W jednym z przypadków zestawienia mojego badanie drobnowidowe wykazało utkanie raka płaskokomórkowego z obecnością pereł rakowych, który jak Firket tłumaczy *(Bull. de l'Acad. royale de med. de Belgique 26 mars 1904)* powstaje na drodze metaplastycznej z nabłonka pokrywkowego albo też z nabłonka gruczołowego.

Weetz (*Virch. Arch. 1901 t. 164* opisuje przypadki, w których pojawiają się w tym samym woreczku równocześnie dwa rodzaje raków: płaskokomórkowy i gruczolakowy. Rzadziej zachodzą raki grzybiaste. Wieting i Hamdi *(Beitr. z path. Anat. u. allg. Path. t. 42 r. 1907)* podają przypadek raka czerniaczkowego.

W mojem zestawieniu na 32 raka woreczka żółciowego w 26 przypadkach stwierdzono raka włóknistego, bądź ograniczonego, bądź rozlanego, w 5 przypadkach raka wrzodziejącego i jeden raz płaskokomórkowego. W przewodach żółciowych rak najczęściej zamykał światło przewodów, usadawiając się najchętniej w miejscu połączenia wszystkich przewodów razem, dając najczęściej postać nacieczeniową.

Na drugiem miejscu, co do ilości stwierdzonych raków, po żołądku, jest macica, i to przedewszystkiem jej część pochwowa.

Pod tym względem wszystkie zestawienia anatomiczne w zupełności się zgadzają, służąc za jeden z głównych powodów do mniemania, że liczba raków wogóle jest większa u kobiet, niż u mężczyzn. Słusznie więc zauważa Opitz, że ogół ludzi ma żołądek, połowa zaś tylko rodu ludzkiego ma macicę, z czego wynika, że procentowo macica zapada częściej na raka, niż żołądek. J. Jaworski (Materjały do statystyki i etjologji raka. Pol. Gaz. Lek. 1912 r.) podaje dla raka macicy 37,5 ., Bejach 12,3%, Redlich 7,4%, Feilchenfeld 10,3% i Riechelmann 12,1%, Nowicki 13,5%, według obliczeń moich wypada 11,91%.

Rosner w podręczniku »*Ginekologja*« podaje zresztą bardzo niskie liczby, oparte na materjale jego, pochodzącym z jego materjału prywatnego i z materjału klinicznego. Z 10.000 prywatnych chorych ginekologicznych tylko 101 miało raka szyjki macicznej (1%). Natomiast na 6.260 chorych kliniki stałej było kobiet z rakiem 187, a więc około 3%. Ten wyższy odsetek w klinice w porównaniu z praktyką prywatną jest naturalny i zrozumiały. Co do wieku, autor stwierdza, że rak szyjki zachodzi przeważnie u kobiet i to w latach okresu przejściowego, a pojawia się najczęściej u kobiet, odznaczających się w wywiadach dużą płodnością. Godną podkreślenia jest uwaga Rosnera, że rak szyjki bardzo rzadko występuje u dziewic i bardzo rzadko łączy się z niepłodnością. Według tego samego autora na 10 przypadków raka szyjki przypada, co najwyżej, jeden przypadek raka trzonu, a czynniki, które sprzyjają rozwojowi raka szyjki, nie odgrywają w przypadkach raka trzonu żadnej roli.

Na 99 naszych przypadków raka macicy nowotwór usadawiał się w trzonie macicy 27 razy, w szyjce 12 razy, w szyjce i w części pochwowej 9 razy i w części pochwowej 51 razy.

Widzimy z tego, że najczęstszem umiejscowieniem raka w zestawieniu mojem jest część pochwowa macicy i jej trzon. Co do rodzajów raka, stwierdzamy w rozpoznaniu anatomicznem w materjale naszym wyłącznie raka wrzodziejącego, niekiedy przechodzącego w rozpad niszczący. Wrzodzeniu ulegać mogą tak raki płaskokomórkowe, wychodzące z części pochwowej, jakoteż gruczolako-raki, bujające bądź z głębszych warstw nadżerek, bądź z samych gruczołów błony śluzowej macicy.

Co do wieku, największa ilość wypadała tak samo, jak u Nowickiego między 40 a 50 rokiem życia, najmłodszemi były 2 przypadki poniżej lat 20, a najstarszemi dwa przypadki w 80 roku życia.

Uświadamiając sobie znaczenie rozszerzania się raka na przymacicze ze względów praktycznych dla klinicysty-operatora, zwróciłem baczną uwagę na zachowanie się przymacicza w zebranym materjale. Zazwyczaj przymacicza zostają wciągnięte w sprawę nowotworową *per continuitatem*, sięgając niekiedy głęboko w *stratum paracervicale*.

Jak wiemy, przymacicza zajęte być mogą również sprawą nowotworową na drodze naczyń chłonnych. A. Wojciechowski w rozprawie »*Rak macicy, a układ chłonny*« (Rozpr. Akad. Nauk Lek. T. II.) stwierdza, że naczynia chłonne macicy tworzą sploty, mianowicie splot podśluzowy, splot mięśniowy i splot podsurowiczy; zdążają one do grupy gruczołów, znajdującej się w rozwidleniu tętnicy biodrowej zewnętrznej i tętnicy brzusznej. Lecz nie jest to bezwzględnie pierwszy etap gruczołowy.

Niezawsze, ale i niezbyt rzadko, znajduje się niewielki gruczoł, znajdujący się w samem przymaciczu w pobliżu szyjki. Gruczoł ten niezawsze znajduje się w tem samem miejscu i nazywa się obecnie ogólnie gruczołem chłonnym przyszyjkowym *(gl. parauterina)*, to też gruczoł ten często bywa wciągnięty w sprawę nowotworową przy zupełnie niezajętych przymaciczach. Klinicznie niejednokrotnie ujść może uwadze przy wymacywaniu, naśladując zrosty lub zlepy pozapalne, na stole sekcyjnym zaś wobec różnorakiego usadowienia się niezawsze trafiając w linję przekroju, bywa przeoczany.

Dlatego też nasuwa się wniosek koniecznego badania drobnowidowego przymacicza w przypadkach raka macicy, która to sprawa po dziś dzień jest niejasną wobec licznych sprzecznych danych, panujących w piśmiennictwie.

Kermanner i Lameris (*Hegars Beitr. Bd 5*) podają zajęcie przymacicza w przebiegu raków macicy na 72,7%, przy odrzuceniu przypadków nienadających się do operacji w 57,5%, Liequer podaje tylko 30% (*Hegars Beitr. B. 18, H. 3)*. Nowicki, opierając się na protokołach sekcyjnych, wykazuje zajęcie w 15 razach, co wynosi w stosunku do 51 stwierdzonych raków macicy 29%.

W mojem zestawieniu przymacicza zajęte były w 28 przypadkach co stanowi 28,2%.

Raki jajników w szeregu nowotworów, jak wiadomo, wyróżniają się nadzwyczajną złośliwością. Budowa histologiczna ich bywa nadzwyczaj różnoraka, to też słusznym

wymaganiem byłaby, odnośnie do ich rozpoznania anatomicznego, ścisła kontrola drobnowidowa w każdym poszczególnym przypadku. Niestety ten moment w zbiorowych statystykach nie zawsze bywa ściśle przestrzegany. Nasze protokoły, opiewające rozpoznania nowotworów jajników w przeważającej ilości są zaopatrzone w podobne badania. Na 30 przypadków raka jajników (3,6%), stwierdzono 11 razy zajęcie obu jajników, 13 razy usadowienie się nowotworu w prawym jajniku i 6 razy w lewym. W przeważającej ilości drobnowidowo stwierdzano torbielako-gruczolako-raka *(kystadeno-carcinoma)*.

Samoistne raki, pod postacią zbitych raków rdzeniastych, zajmowały zwykle tylko jeden jajnik z następowem objęciem jajowodu po tej samej stronie.

Bejach stwierdził raka jajników w 1,2%, Redlich 2,2%, Feilchenfeld 2,4%, Riechelmann 1,9%.

Z dalszych narządów zestawienia mojego, który ilościowo wzbudza większe zainteresowanie, jest rak oskrzeli. W tym okresie czasu stwierdzono 50 przypadków raka oskrzeli, co stanowi 6%. L. Skubiszewski (Prace z Zakł. anat. pat. Uniw. Warsz. zeszyt nowotworowy 1921), opierając się na zestawieniach statystycznych z piśmiennictwa, stwierdza, że pierwotny rak płuca nie należy do spraw zbyt częstych, jakkolwiek z biegiem czasu piśmiennictwo lekarskie wzbogaca się pracami statystycznemi, wykazującemi wzrost ilości pierwotnych raka płuca. Według Bejacha rak płuca zachodzi w 4,8%, u Redlicha w 6,3%, u Feilchenfelda w 4,3%, u Riechelmanna w 3,8%. Według Brossa (Nowiny Lekarskie zesz. 9. r. 1922) na 715 sekcyj rakowych, wykonanych w Charité (1904—1908), w 20 przypadkach stwierdzono raka płuc czyli 2,79% i w latach 1909—1912 na 586 sekcyj rakowych w 29 przypadkach raka płuc czyli 4,95%.

Wszyscy autorowie jednozgodnie stwierdzają, że rak płuc o wiele częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet. Berencsy i Wolff *(Zeit. f. Krebsforschung 1924 T. 21, str. 109)* stwierdzili raka oskrzeli 22 razy u mężczyzn i 5 razy u kobiet, oraz 18 razy raka płuc u mężczyzn i 6 razy u kobiet. W mojem zestawieniu stwierdzono raka oskrzeli i płuc 87 razy u mężczyzn, co procentowo obliczając do stwierdzonych przypadków raka oskrzeli wynosi 74%, a u kobięt 13 razy, czyli 26%.

A. Ławrynowicz (*O pierwicznom rakie legkawo, Russki wracz Nr. 33, r. 1915)* podaje, że na 16.047 sekcyj, wykonanych w szpitalu Obuchowskim za przeciąg 10 lat (1905—1914) stwierdzono pierwotnego raka 61 razy, czyli 3,7% odnośnie do ogólnej liczby raków. W tem rozpoznano raka u 42 mężczyzn i u 19 kobiet.

Briese *(Zur Kentniss des primären Lungenkarcinoms mit statistischen Angaben. Frankf. Zert. f. Path. 1920, 23)*, opierając się na zebranem piśmiennictwie, stwierdza, że pierwotny rak płuca częściej usadawia się w płucu prawem, aniżeli lewem.

W mojem zestawieniu płuco prawe było zajęte 28 razy, 3 razy stwierdzono rozlane rozszerzenie się raka w obu płucach i 19 razy w płucu lewem.

Co do wieku rak najczęściej zachodzi w zestawieniu mojem pomiędzy 40 a 60 rokiem życia; 27 razy u mężczyzn i 6 razy u kobiet. W późniejszym i wcześniejszym wieku rak występuje zaledwie w kilku przypadkach. Najmłodszy przypadek dotyczy kobiety lat 26 a drugi podobny przypadek odnosi się do mężczyzny 29-letniego.

Nieuwzględnienie we wszystkich protokołach sekcyjnych badania drobnowidowego zmusiło mię rozpatrywać raki płuc i oskrzela w jednej rubryce, wychodząc z założenia, że dominującem miejscem wybujania raka przewodu oddechowego jest, jak Langhaus (*Virch. Arch. t. 53*) stwierdza, nabłonek gruczołów oskrzelowych.

Co do rodzajów raka w zestawieniu mojem podkreślić należy przypadek raka płaskokomórkowego z licznemi perłami rogowaciejącemi, a usadowionego w większym lewym pniu oskrzelowym. Przypadek ten dotyczył mężczyzny l. 34 z roku 1905 Nr. prot. sekcyjnego 919, u którego rozpoznano: *Cancroid bronchi pulm. sin. Metastases glandularum peribronchialium et peritrachealium. Tracheobronchitis putrida. Caverna magna tbc. gangraenescens lobi inf. et recens apicis pulm. d. Eruptio tbc. nodosa dispersa et confluens loborum omnium pulmonum.* W przypadku tym rak rozwinąć się mógł na drodze metaplastycznej, o czem wspomina Ernst (*Beitr. z path. Anat. u. allg. Path. t. 20, r. 1896)* a podobny przypadek opisuje Watsuji (*Hornkrebs, vom Bronchialepithel ausgehend. Z. f. Krebsf. Z. 1. — 1904)*.

Również wyróżniającym się przypadkiem jest raz zanotowany rak galaretowaty, który dotyczył mężczyzny l. 45 (prot. sekcyjny 654 z roku 1909) u którego stwierdzono: *Adeno-carcinoma gelatinosum primar. gl. mucosar. bronchum. Metastases multiplices loborum omnium pulmonis dextri et unius pulmonis sin. Metastases carcin. gelatin. in reg. lobi occipitalis et parietalis hemispherae sin. et in lobo frontal. sin. et ex latere dextr. circa pontem. Intumescentia carcinomatosa glandulaum peribronchialium.*

Boecker *(Zur Kentnis der primären Lungencarcinome. Virch. Arch. 1910, t. 202*) sądzi że zmiany śluzowe w komórkach nowotworowych wystąpić mogą nietylko z nabłonka gruczołów śluzowych oskrzelowych, ale również prawidłowy nabłonek oskrzela zdolny jest do przemian śluzowatych, co udowodnić dałoby się faktem, iż rozwój gruczołów oskrzelowych powstaje przez wgłobianie się niezróżniczkowanego jeszcze nabłonka oskrzelowego. Briese opisuje przypadek gruczolako-raka galaretowatego obu płuc, w których oskrzela i zrąb łączno-tkankowy były zupełnie wolne od zmian nowotworowych, a całość przemawiała za pochodzeniem raka z nabłonka pęcherzyków płucnych.

Autor sądzi, że walcowata postać komórek, dalej zdolność wytwarzania śluzu i gruczołowata budowa nowotworu przemawiają za wspólnem pochodzeniem nabłonka oskrzelowego i nabłonka pęcherzyków płucnych. Skubiszewski podaje opis przypadku, w którym stwierdził raka gruczołów śluzowych oskrzelowych i wykazał wszelkiego rodzaju przejściowe postaci od komórki prawidłowej do komórki nowotworowej.

Z dalszego rozbioru zestawienia mojego wynika, że płaty górne płuca częściej bywają zajęte, aniżeli dolne, a mianowicie 28 razy zanotowano zmiany w płacie górnym, 18 razy w płacie dolnym, 2 razy zmiany były usadowione w płacie średnim, w 2-ch pozostałych przypadkach płuca były zajęte w całości.

Z pozostałych narządów rakowo zmienionych godzi się zatrzymać nad rakiem sutka, w którym to narządzie stwierdzono go 19 razy, czyli 2,4%. Niemieccy autorowie podają znacznie większy odsetek. I tak Bejach stwierdził raka sutka w 6,8%, Redlich w 5,4%, Feilchenfeld 6,3% i Riechelmann w 4,2%. Przy zestawieniu ogólnej ilości spostrzeganych przypadków raka sutka u obojga płci daje się stwierdzić, że cierpienie wspomniane występuje nadzwyczaj rzadko u mężczyzn. Schultess (*Statistische Untersuchungen über die Aetiologie des Mammacarcinoms. Bruns Beiträge T. 54*) zebrał z wszechświatowego piśmiennictwa 3.329 przypadków raka sutka i tylko 47 razy zanotował wspomniane cierpienie u mężczyzn, co wynosi 1,39% ogólnej ilości. T. Ostrowski (Lwowski Tygodnik Lek. Nr. 49 — 1907 r,) na 60 przypadków, operowanych w klinice lwowskiej stwierdził zaledwie 1 przypadek raka sutka u mężczyzny. W mojem zestawieniu nie mieliśmy ani jednego przypadku u mężczyzny a wszystkie 19 przypadków dotyczyły kobiet. Największa ilość przypadków raka sutka w zestawieniu mojem przypada na wiek 31—40.

Według Ostrowskiego najczęściej rak rozwijał się od lat 40 do 60; og łem ilość chorych w tym wieku wynosi 68,33% z pośród wszystkich chorych na raka sutka.

Schwarz (*Zur Statistik der Mammacarcinome, Bruns Beiträge 46. 48)* określa przeciętny wiek chorych na raka sutka cyfrą 51,12. Cyfry te dotyczą wieku chorych uciekających się pod opiekę lekarską, to też na stole sekcyjnym spotykamy się z wiekiem młodszym z powodu może większej zjadliwości samej sprawy nowotworowej.

Ze względu na ciekawe zagadnienie stosunku do cukrzycy, wciąż jeszcze często omawianego w piśmiennictwie chciałbym jeszcze pokrótce omówić 15 przypadków raka trzustki, zanotowanego w mojem zestawieniu. Już Nowicki zwrócił uwagę, że w żadnym z jego przypadków, w których zajęta była rakowo trzustka, nie była klinicznie rozpoznawana cukrzyca.

Hansemann (*Zeitschr. f. Klin. Med. B. 26 — 894 r.*) w kilku przypadkach stwierdził rozlane bujanie rakowe wzdłuż całej trzustki, a badanie mikroskopowe wykazało, że w badanym narządzie nie pozostało nic ze zdrowego miąższu gruczołowego trzustki, a pomimo tego w żadnym przypadku cukrzycy nie stwierdzono.

Autor ten tłumaczy, że komórki rakowe, usadawiając się w trzustce, posiadają zdolność zastępowania pierwocin składowych tychże w ich czynnościach. Nowoczesny pogląd zapatruje się na tą sprawę ze strony więcej biochemicznej. Badania Blumenthala (*Die chemischen Vorgänge bei der Krebskrankheit 1910*) dowiodły, że tkanka rakowa zawiera o wiele więcej zaczynów autolitycznych (zesp.) heterolitycznych i peptolitycznych niż tkanka prawidłowa. Prócz tego w nowotworach złośliwych stwierdzono, niekiedy dość często występujące zaczyny diastatyczne i tłuszcz rozkładające.

Wreszcie w ostatnich czasach szereg autorów potwierdza istnienie swoistej substancji czynnej w trzustce — zaczynu glikolitycznego, wykazanego po raz pierwszy przez Lepine. Szereg wprawdzie teoryj, tłumaczy cukrzycę wzmożoną produkcją cukru, ale nie bez znaczenia jest dowiedziony fakt glikolizy.

Cohnheim sądzi, że glikoliza odbywa się w mięśniach, w których cukier się spala przy współudziale pewnego hormonu, dostarczanego przez trzustkę. Braunschtein (*Zeitschr. f. Klin. Med, B. 51, 1904*) przedsięwziął doświadczenia, polegające na tem, że nowotwory rakowe (*cancer pancreas*) poddawane były w termostacie autolizie przy 37° w obecności 1% rozczynu cukru gronowego. Ilość cukru ściśle określana była przed i po odbytej autolizie. Okazało się, że w doświadczeniach jego po upływie 24 lub 48 godzinach autolizy ilość cukru zmniejszyła się na 35 do 40%. W ten sposób przeszło jedna trzecia cukru, znajdującego się w autolizacie (w mieszance tkanki rakowej i rozczynu cukru) została rozłożona tkanką rakową. Badania kontrolne z narządami zdrowemi zwierząt oraz z nowotworami dobrotliwemi (włókniako-mięśniaki macicy) dały wynik ujemny.

Opierając się na własnych badaniach, Braunschtein tłumaczy niewystąpienie cukromoczu przy rozległym raku trzustki obecnością zaczynów glikolitycznych w komórkach rakowych. W podobny sposób tłumaczy on znikanie, względnie zmniejszenie się cukru u djabetyków, u których wtórnie rozwija się rak. W związku z tem pozostaje ciekawa sprawa równoczesnego wystąpienia cukrzycy w ustroju, w którym rozwija się nowotwór rakowy, co przez dłuższy czas było uważane za rzecz niemożliwą albo bardzo wątpliwą. Spostrzeżenia kliniczne lat ostatnich dowiodły, że podobna kombinacja nie przedstawia rzadkości i w przebiegu swoim oba schorzenia mogą wywierać pewien wpływ na siebie. To wzajemne oddziaływanie wyraża się znikaniem cukromoczu u chorych z chwilą powstania raka. Boas zwraca uwagę, że u chorych na cukrzycę z chwilą wystąpienia nowotworu rakowego wzmaga się jego zdolność oswajania się (tolerancja) w stosunku do węglowodanów.

Oestereicher (*Prag. Med. Woch. 1903, Nr. 24*) stwierdził u chorych na cukrzycę w okresie bujnego rozrostu nowotworów złośliwych zmniejszenie się wydzielania cukru. Nadzwyczaj ciekawym jest fakt, że u chorych cukrzycowych, z t. zw. przebiegiem utajonym z obecnością nowotworów złośliwych mocz nie zawierał cukru i dopiero usunięcie nowotworu na drodze operacyjnej powodowało wystąpienie cukromoczu. Z tego wnioskować możemy, że rak widocznie działa w niektórych przypadkach antagonistycznie na sprawę cukrzycową.

W mojem zestawieniu rak trzustki stanowi 1,8% wszystkich stwierdzonych raków.

Częściej zapadali na raka trzustki mężczyzni — w 11 przypadkach i tylko 4 kobiety. Bejach podaje dla trzustki 3,3%, Redlich 1,8%, Feilchenfeld 2,6%, Riechelmann — 2,6%.

Pierwotny rak jamy ustnej przeważnie występuje w zestawieniu mojem u mężczyzn: 2 razy na podniebieniu, jeden raz w migdałku, 16 razy w krtani i tylko 2 razy stwierdzono tego raka u kobiet. Najczęstszym wiekiem dla tych raków, jak wynika z zestawienia mojego, jest wiek od 50 do 70 lat. Według Bejacha gardziel bywa zajęta w 1,2%, według Redlicha 2,2%, Feilchenfelda 0,8%, Riechelmanna 0,6%.

Co się tyczy innych narządów, to dla małych liczb, uzyskanych w tej statystyce, nie chcę ich bliżej omawiać, ani stąd jakichś wniosków wysnuwać.

(C. d. n.).

Z praktyki.

Dr. Laura FÜLLENBAUMÓWNA. Lwów.

Przypadek pierwotnej błonicy sromu u dorosłej kobiety.

Z oddziału skórno-wenerycznego kobiecego Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Prymarjusz: Dr. Leszczyński.

Dnia 22. czerwca 1924 zgłosiła się na oddział chora K. S. licząca 35 lat z ostrym obrzękiem i zmianami zapalnemi w okolicy narządów płciowych.

Podała ona, że choroba obecna rozpoczęła się dość nagle przed kilku dniami dreszczami, gorączką, obrzękiem i silną bolesnością części płciowych. Żadnej choroby ostrej, zakaźnej obecnie, ani ona, ani nikt z jej otoczenia nie przechodził. Nie doznała urazu ani nie stosowała żadnych leków na miejsce zmian chorobowych. Dolegliwości ze strony gardła nie miała.

Przedmiotowo stwierdziliśmy obrzęk dużych warg sromnych, przechodzący na uda, częściowo na pośladki. Wargi duże, małe, wejście do pochwy, okolica łechtaczki, jakoteż kiszki stolcowej wykazywały rozległe zmiany, na które składały się:

a) tu i ówdzie widoczne małe ropne pęcherzyki (które należało uważać za wykwity pierwotne) i większe powstałe ze zlania drobnych;

b) naciek o brzegach ostro odgraniczonych, wykazujący na swej powierzchni ubytki i sączenie;

c) owrzodzenia niezbyt głęboko drążące.

Wszystko było pokryte brudną, cuchnącą wydzieliną a w miejscach wrzodów i części pozbawionych naskórka brudno szaremi nalotami, silnie do podstawy przylegającemi. Takie same zmiany widoczne były na udach (na wewnętrznej powierzchni tychże) i sięgały do fałdu płciowo-udowego.

Na błonie śluzowej gardła, nosa i gardzieli zmian nie było. Ciepłota wynosiła 38°. Mimo stosunkowo nie wysokiej ciepłoty stan ogólny chorej robił wrażenie ciężkiego.

Już przy pierwszem badaniu chorej nasunęło się nam podejrzenie na pierwotną błonicę części płciowych. Badanie drobnowidowe natychmiast wykonane a następnie i hodowla potwierdziły w zupełności to rozpoznanie.

Po stwierdzeniu rozpoznania klinicznego przez dodatnią czystą hodowlę lasecznika Löflera wstrzyknęliśmy chorej 3.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej. Ciepłota, która do owej chwili wahała się między 37,8°-38 spadła nazajutrz po zastrzyku do 37° i już nazajutrz widoczne było oczyszczenie się nalotów i zmniejszenie wydzieliny. Ciepłota nie podniosła się już więcej powyżej 37°, zmiany ustępywały w szybkim tempie. Po rychłem oddzieleniu się nalotów ukazała się żywo czerwona ziarnina — nacieki spłaszczały się a owrzodzenia pokrywały się naskórkiem.

W 13 dni po przyjęciu chorej na oddział t. j. 5. VII. 1924 zmiany ustąpiły prawie zupełnie. Po wyleczeniu u chorej nie znaleźliśmy już więcej lasecznika Löflera.

Przypadek opisany zaliczyć należy do przypadków pierwotnej błonicy części sromnych kobiety, ponieważ odpowiada wszystkim warunkom tego schorzenia.

1. Zmian błoniczych nie było na miejscach zwyczajnej lokalizacji tychże, t. j. w gardle lub nosie. Co więcej w miejscach tych nie wykazano również laseczników błoniczych, które czasami mimo braku zmian chorobowych tam napotkać można.

2. Stwierdzenie lasecznika Löflera w drobnowidzie i czystej hodowli.

3. Zupełne ustąpienie zmian po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.

Co do pierwszego punktu: Jeśli przypadki

ze zmianami błoniczemi na częściach płciowych, a wykazujące lasecznika Löflera w nosie lub gardle, bez zmian chorobowych tamże zaliczone bywają do przypadków pierwotnej błonicy, tembardziej nasz przypadek za pierwotną błonicę uważać należy.

Co do punktu drugiego: Lasecznik rzekomej błonicy przedstawia się, jak wiadomo, mikroskopowo zupełnie podobnie, jak lasecznik Löflera, z czego wynika, że rozstrzygającem jest tylko wykazanie takowego, w hodowli zwłaszcza w czystej hodowli, co w naszym przypadku się udało. (Kulturę sporządzono w Zakładzie Higjeny prof. Steusinga). Tu mógłby nas spotkać zarzut, że tożsamość lasecznika błonicy nie została w dalszym ciągu stwierdzoną przez próbę jadowitości na zwierzęciu. Próby tej z powodów zewnętrznych nie mogliśmy dokonać. Zarzut ten byłby istotnie słuszny, gdyby nie fakt, że wyhodowaliśmy lasecznika Löflera w czystej kulturze i najważniejszy dowód wymieniony pod 3) ustąpienie zmian błoniczych pod wpływem leczenia surowicą przeciwbłoniczą i 4. ciężki stan ogólny, co przy rzekomej błonicy nie zdarza się.

U chorej naszej, (która po wyleczeniu zgłaszała się przez pewien czas do kontroli) nie było następowych powikłań ze strony serca, lub objawów porażennych, co odnieść należy do radykalnego działania surowicy.

Pierwotną błonicę skóry opisał pierwszy Chomel w r. 1759 i Bard w r. 1771.

Pierwszy przypadek tejże poparty badaniem mikroskopowem i kulturą pochodzi od Ernesta Neisera w r. 1891.

Dokładniejsze badania nad tą sprawą pochodzą od Trousslan'a i Bretonne'a a ostatnio najlepiej i najdokładniej opisali błonicę skóry Schucht i Bagiński.

Bagiński znajdywał błonicę nietylko na sromie, lecz też na pępku u osesków, w okolicy ucha i na twarzy. Bagiński jest tego zdania, że nigdy błonica nie występuje na skórze zdrowej, że musi istnieć choćby najmniejszy ubytek.

Schucht również sądzi, że na skórze łatwo ulegającej maceracji w miejscu maceracji i zmian wypryskowych najłatwiej występuje błonica. Dlatego też tak częstem miejscem lokalizacji są części płciowe kobiet, zwłaszcza u dzieci i położnic.

Adler, który robił też doświadczalne badania nad błonicą skóry w wieku dziecięcym ogłosił swoje spostrzeżenia w r. 1904. Starał się on dowieść, że zakażenie lasecznikami Löflera może nastąpić i na skórze niezranionej. Wcierał on kultury błonicze w skórę świnek morskich, którym przedtem krótko obciął włosy i otrzymywał zmiany błonicze podobne do zmian błonicy u ludzi. Według tych badań zatem niekonieczny jest ubytek naskórka na skórze, dla wywołania błonicy. Dla powstania błonicy skórnej musi istnieć usposobienie osobnicze, czyli że mimo obecności lasecznika niezawsze musi powstawać zakażenie. W przypadkach, gdzie do powstania zakażenia było potrzebne i usunięcie powierzchownego naskórka, można mówić też o usposobieniu miejscowem. Błonica skóry powstaje przez zaszczepienie; tu odróżniamy, autoinokulację lub zaszczepienie przez przedmioty martwe lub wreszcie z jednego osobnika na drugiego.

Należy odróżnić błonicę skóry powstałą na miejscach znajdujących się zdala od błon śluzowych jako rzeczywistą, pierwotną od błonicy skóry wtórnej, powstałej albo przez przejście błonicy z otaczających sąsiednich błon śluzowych lub przez przeniesienie z błonicy gardła lub nosa.

Ciekawem jest to, że bardzo często zmiany, na skórze wyglądające zupełnie niecharakterystycznie są wywołane lasecznikiem Löflera. Z tego też powodu obserwuje się nagłe przypadki śmierci u dzieci z rzekomemi wypryskami t. zw. »*Herztod*«, stąd objawy porażenne ze strony serca, mięśni oka, serca i t. p. u osobników, u których nie podejrzywano błonicy.

Dlatego też źle gojące się wypryski powinny zawsze skierować uwagę lekarza w stronę lasecznika błonicy, podobnie źle gojące się rany.

Przykładowo wspomnę o przypadku ostrego tocznia rumieniowego, spostrzeganego ostatnio na naszym oddziale, w którym z wypryskowo-ropnych niecharakterystycznych zmian na uchu wyhodowano w czystej kulturze lasecznika Löflera. Próba na zwierzęciu (na śwince morskiej) dała w miejscu zastrzyku naciek, podczas gdy próba na zwierzęciu kontrolnem z surowicą przeciwbłoniczą nie dała żadnego odczynu miejsowego. Lasecznik Löflera wykazany w tym przypadku, musi wobec wyrośnięcia w czystej hodowli i wobec odczynu na zwierzęciu być uważanym za chorobotwórczego, jemu też przypisujemy pogorszenie stanu nerek u naszej chorej (*nephrosis diphtherica*), jakoteż nagłe osłabienie mięśnia sercowego, które u niej wystąpiło.

Mnożą się w ostatnich czasach opisy t. zw. błonicy przyusznej, t. j. błonicy, która jako wtórne zakażenie przyłączyła się do już istniejącej często głębokiej rany chirurgicznej nawet pooperacyjnej.

Co do leczenia błonicy skóry, należy zawsze stosować surowicę przeciwbłoniczą, która jednak nie zawsze ma pożądany skutek. Byłoby to zastanawiającem, gdybyśmy nie wiedzieli, że często też przy typowej błonicy gardła, nosa i krtani surowica ta zawodzi.

W przypadkach tych zarówno jak i w przypadkach błonicy skóry, gdzie surowicą nie osiągamy zwyczajnego skutku chodzi o mieszane zakażenie z ropnemi drobnoustrojami. Jeżeli zatem możliwe są mieszane zakażenia na błonach śluzowych, tam, gdzie lasecznik błonicy ma swe idealne podłoże o ileż bardziej wytłumaczonem (zrozumiałem) jest to na skórze, gdzie, jak wykazano, (głównie Frankental) lasecznik błonicy tylko krótki czas da się czysty utrzymać, wkrótce zostaje przerośnięty przez kokki. O ile zatem ujemny efekt leczenia surowicą nie przemawia przeciw charakterowi błoniczemu danego schorzenia, o tyle efekt natychmiastowy i zupełny będzie rozstrzygającym dowodem, tak, jak właśnie w naszym przypadku. Jako miejscowe leczenie, w przypadkach, w których nie osiągnęliśmy zupełnego skutku stosowaniem surowicy, używamy pędzlowania eukupiną, trypaflawiną, nalewką jodową i t. p.

Z dziejów nauki polskiej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Działalność naukowa i prace prof. Walerego Jaworskiego.

Ciąg dalszy.

W r. 1884-tym pojawiła się w „Przeglądzie lekarskim" praca Jaworskiego p. t.: **„O stosowaniu leczniczem nowej soli karlsbadzkiej i zachowaniu się tejże w przewodzie pokarmowym"**. W pracy tej ogłasza Jaworski wynik badań nad zachowaniem się soli karlsbadzkiej t. zw. „Karlsbader Quellsalz" wykonawszy stokilkadziesiąt doświadczeń osobno co do jelit, uskutecznionych na 25-ciu osobach, a osobno 78 doświadczeń na 16 tu osobach co do żołądka. Rozpatruje on działanie soli karlsbadzkiej w dawkach małych, średnich i dużych na przewód pokarmowy, podaje wskazania oraz przeciwwskazania, sposoby jej podawania i ostrożności konieczne w stosowaniu soli karlsbadzkiej Małe dawki soli po początkowej neutralizacji kwasu solnego zwiększają wydzielanie, przy większych dawkach 5—20 gramowych działanie to się opóźnia. Przy długiem stosowaniu jednak występuje obniżenie się wydzielania kwasu i działania pepsyny i spadek poniżej normy. Wydzielanie żółci równocześnie się potęguje. Skuteczność soli karlsbadzkiej naturalnej we wrzodzie żołądka polega według Jaworskiego na zmniejszaniu wydzielania soku żołądkowego i regulowaniu wypróżnienia. Porusza on też pytanie, czy można zastąpić sól karlsbadzką, wyrabianą z wody karlsbadzkiej przez sztuczną mieszaninę i daje na to pytanie twierdzącą odpowiedź. Jak wiadomo jest bowiem przewodnią myślą Jaworskiego zawartą w wielu produktach sztucznych podanych przez niego to, że natura stwarza wiele surogatów, które dopiero myśl ludzka powinna przetworzyć w celowe produkty pożyteczne, uwolnione od zbytecznych balastów.

W r. 1884 ym Jaworski poraz pierwszy wprowadził do literatury lekarskiej obraz chorobowy przez niego obserwowany i opisany jako t. zw. **„nieżyt czyli katar kwaśny żołądka«**. (*Catarrhus acidus ventriculi*). Klinicyści zrazu zaprzeczali istnieniu takiej choroby, ale później przyznali rację jej istnieniu pomimo, że niektórzy np. Boas przedstawiali ją jako wrzekomo nowy obraz chorobowy pod nazwą „*Gastritis acida*".

W r. 1884-ym Jaworski szczegółowo podał bardzo prosty **zabieg celem oznaczenia dolnej granicy rozszerzonego żołądka** przez wstrząsanie powłok brzusznych średnim palcem, jak przy

uderzaniu klawiszów fortepianu, od łuku żebrowego lewego na dół, aż do najniższego miejsca gdzie ustaje chełbotanie. Sposób ten bardzo prosty wprawdzie, ale już według samego J a w o r s k i e g o wykazuje dolną granicę żołądka za wysoko i wymaga ostrożności, aby chełbotania jelitowego nie wziąć za żołądkowe. Tym sposobem udaje się jednak oznaczyć dolną granicę lepiej niż wypukiem zapomocą plesimetru. Jeżeli pluskanie przypada na czczo poniżej pępka, wtenczas możemy przyjmować trwałą rozszrzeń żołądka.

W r. 1884 w Deutsches Archiv. f. Klin. Med. 35 ogłosił swoje **badania nad wypełnianiem żołądka wodą w celu oznaczenia pojemności żołądka.** Wykazał on wówczas, że właściwie prawie nigdy nie można nabyć pewności, czy żołądek jest zupełnie wypełniony, albowiem ciężar wody działa tylko na dolną ścianę żołądka i wywołuje wydęcie się tejże, a na górne ściany nie wywiera ona albo żadnego wpływu wogóle, albo tylko nieznaczny. Bardzo jest także, według tych badań, rzeczą wątpliwą czy możemy u żywego człowieka wywołać całkowite wypełnienie wodą aż do wpustu. Albowiem zostaje to uniemożliwione przez uczucie gniecenia, ból i skłonność do wymiotów. Z tego powodu J a w o r s k i wyżej stawia wypełnianie żołądka powietrzem aniżeli wodą.

W r. 1884-ym J a w o r s k i wspólnie z G l u z i ń s k i m zaobserwował, że przy nadmiernej wydzielinie kwasu solnego w żołądku, może nastąpić zmniejszenie się, a nawet zupełne zniknięcie chlorków w moczu, odpowiednio do wzmagającego się stopnia kwasoty zawartości żołądkowej. Zatem wydzielanie soku żołądkowego, obfitego w kwas solny pochłania na jego wytworzenie znaczną ilość chloru i wskutek tej przewagi przyswajania sobie chlorków przez gruczoły trawienne żołądka nad kłębkami Malpighiego ustrój może więcej chlorków tracić przez sok żołądkowy niż przez mocz. Zjawisko to potwierdziły później w r. 1887 obserwacje R o s e n t h a l a i S t r i c k e r a a w r. 1889-ym badania J a w o r s k i e g o zrobione wspólnie z K o r c z y ń s k i m.

W r. 1884-ym ogłosił w „Przeglądzie lekarskim“ pracę dokonaną wspólnie z G l u z i ń s k i m p. t.: **„Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka“** w której sprawdzili pierwotny sposób otrzymywania i badania soku żołądkowego, podany przez L e u b e g o i uzupełnili go oraz sprostowali niektóre błędne wnioski L e u b e g o. L e u b e bowiem przypuszczał, że pepsyna wydziela się równolegle do kwasu solnego i że w pewnych stanach chorobowych razem z brakiem kwasu solnego występuje i brak pepsyny. Otóż J a w o r s k i wraz z G l u z i ń s k i m dowiódł, że tak nie jest, że mimo braku kwasu solnego pepsyna wydziela się często w dostatecznej ilości.

W r. 1885-tym również wspólnie z G l u z i ń s k i m ogłosił w „Przeglądzie lekarskim“ bardzo ważną pracę p. t.: **„Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizjologicznych i chorobowo zmienionych.** Tu zastosowano nowy sposób trawienia z białkiem jaja kurzego i wykazano szereg nowych i ciekawych faktów, a mianowicie, że nadmiar kwasu solnego podczas trawienia jest zjawiskiem chorobowem oraz że za zjawisko patologiczne należy również uważać znaczną ilość peptonów w treści badanej, świadczy to bowiem o utrudnionem wydalaniu zawartości żołądka. Stwierdzono też, że w przypadkach raka żołądka występuje brak kwasu solnego przy dostatecznej ilości pepsyny.

W r. 1886-ym ogłasza w „Przeglądzie lekarskim“ Nr. 49—50 i Zeit. f Klin. Med. Bd. 11. Heft 2 u. 3 także razem z G l u z i ń s k i m, trzecią pracę p. t.: **„Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernej jego kwaśności“**, w której ogłoszono wyniki badania 27 przypadków choroby R e j c h m a n a czyli sokotoku żołądkowego. W pracy tej poraz pierwszy stwierdzono, że przy chorobie R e j c h m a n a występuje bardzo często mechaniczna niedomoga żołądka i że dość często spotykamy w tej sprawie obfite wydzielanie śluzu czyli t zw. nieżyt kwaśny żołądka, a w osadzie dość często spotyka się czworniaki (Sarcina) i drożdże.

Badania J a w o r s k i e g o i G l u z i ń s k i e g o wpłynęły na ogólną przemianę poglądów klinicznych w tym kierunku, że o ile przedtem panował pogląd, że w przebiegu zaburzeń żołądkowych przeważnie zachodzi obniżenie i osłabienie wydzielania żołądkowego, to odtąd zaczyna się utrwalać pogląd w tym kierunku, że prawie w połowie przypadków a nawet w większości przypadków zaburzeniom żołądkowym towarzyszyć zwykło nadmierne wydzielanie się kwasu solnego.

W r. 1885-tym docent J a w o r s k i jako lekarz praktykujący w lecie w Karlsbadzie, ogłosił w „Gazecie lekarskiej“ (Nr. 15—17) pracę p. t.: **„Studja kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiej na przewód pokarmowy i nad sposobami stosowania tejże przy źródle i w domu“.**

W r. 1887-ym drukuje w „Przeglądzie lekarskim“ pracę p. t: **„Na czem polega skutek leczniczy wody karlsbadzkiej“** a w rok później ogłasza w „Wiener med. Presse“ (1888 r. Nr. 3 i 4) pracę p. t.: **„Worin besteht der therapeutische Effect des Karlsbader Thermalwassers bei Magenaffectionen“**. Również ogłosił na temat ten pracę w „Deutsches Archiv. f. Klin. Med“ (Rocznik 37). — Te prace kliniczno-eksperymentalne J a w o r s k i e g o nad działaniem termalnej wody karlsbadzkiej, jakoteż dawniejsze powyżej przytoczone są pracami pierwszorzędnej doniosłości. Jemu też przypisują wszyscy klinicyści, także zagraniczni, bezsprzeczną i niewątpliwą zasługę, położenia pierwszych, ściśle naukowych podwalin, pod farmakodynamikę karlsbadzkich źródeł termalnych, która aż do czasu prac J a w o r s k i e g o była zupełnie ciemną. Aczkolwiek późniejsze badania cokolwiek zmodyfikowały jego rezultaty, to jednak bez przesady rzec można, że w tej dziedzinie niepodzielnie J a w o r s k i stworzył dzisiejszą naszą wiedzę o działaniu i stosowaniu wód karlsbadzkich. Wykazał on, że woda karlsbadzka stanowi silnie podniecający bodziec dla wydzielania soku żołądkowego i że małe dawki powtarzane działają silniej niż jednokrotne większe. Natomiast większe dawki termalnej wody karlsbadzkiej i dłużej stosowane, jako kuracja karlsbadzka, wybitnie obniżają kwasotę żołądka i wydzielanie się fermentów. Woda karlsbadzka potęguje wydzielanie żółci i zwiększa ruch robaczkowy dwunastnicy. Śluz nagromadzony w żołądku i żółć, która się dostała do żołądka, woda karlsbadzka przeprowadza do kiszek. Również i nie podrzędną rolę odgrywa woda karlsbadzka, zastosowana w odpowiedniej ciepłocie, przy obniżeniu pobudliwości żołądka. J a w o r s k i też jako jeden z pierwszych, postawił ścisłe wskazania, które stany chorobowe nadają się do karlsbadzkiego leczenia.

W r. 1885-tym ogłasza w „Medycynie“ (Nr. 12—13) pracę p. t.: **„O nowoczesnem leczeniu zboczeń czynnościowych żołądka“.** W pracy tej podkreśla on, że funkcja mechaniczna żołądka ma ważniejsze znaczenie niż funkcja chemiczna i że dopiero upośledzenie mechanizmu żołądka wywołuje znaczne gastryczne przypady. Wpływ środków leczniczych należy kontrolować wyciągając treść żołądkową sondą i poddając ją badaniu chemicznemu i mikroskopowemu. Potem szczegółowo omawia stosowanie poszczególnych leków jak: kwasu solnego, pepsyny, peptonów, narkotyków, antyseptyków, goryczek i stomachików, soli i alkaliów, leczenia mechaniczne żołądka w postaci płukań oraz leczenie metodami dietetycznemi.

W r. 1886-ym w warszawskiej „Medycynie“ (Nr. 52) ogłasza on **„Przyczynek doświadczalny do działania i stosowania leczniczego goryczek i żółci“**, który prowadzi go do wniosku, że goryczek i ziółek gorzkich nie należy jako takich uważać za środki lecznicze o trwałym skutku, lecz są to leki zmniejszające czasowo dolegliwości, pochodzące z wygórowanego chemizmu trawienia, czyli działające kojąco na błonę śluzową żołądka. Przy doborze odpowiedniej diety przez dłuższy czas stosowane mogą one wywoływać dobry skutek leczniczy. Natomiast żółć podnieca w żołądku wydzielanie soku żołądkowego, względnie kwasu solnego i stanowczo upośledza peptonizację i wobec tego nie ma wskazania leczniczego.

W r. 1886 tym ogłasza razem z prof. Edwardem K o r c z y ń s k i m (w „Deutsche med. Woch“ Nr. 47—49) pracę p. t.: **„Vergleichend Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi sowie bei Magenblutungen“** opartą na 24 obserwacjach. Podczas gdy wszyscy inni autorowie badając żołądek tylko podczas trawienia utrzymywali, że w przypadkach wrzodu okrągłego zachodzi tylko nadmierna kwaśność podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva*) to J a w o r s k i i K o r c z y ń s k i badając żołądek w różnych porach dnia, stwierdzili w przypadkach wrzodu okrągłego w żołądku czczym znaczniejszą ilość soku żołądkowego o wysokiej kwasocie czyli sokotok R e j c h m a n a t. j. zwiększone trwałe wydzielanie soku żołądkowego. Nadto stwierdzili oni, że przy wrzodach wydzielanie kwasu solnego jest bardzo często zwiększone i że nasilenie nadmiernego wydzielania kwasu żołądkowego zwiększa się równocześnie ze zwiększaniem się przypadłości podmiotowych i przedmiotowych, że zwiększanie to jest trwałe. Uważali oni wygórowaną kwasotę i sokotok za moment przyczynowy dla wrzodu i sądzili że przy braku HCl nie może przyjść do wytworzenia się krwawiącego wrzodu. Nadto stwierdzili oni, że na krótki czas przed krwawemi wymiotami i wkrótce po wymiotach krwawych kwasota żołądka jest znacznie wygórowana. Tem tłumaczy się szybką przemianę oxyhemoglobiny w hematynę kwaśną, kawowe zabarwienie wymiocin i częściowe krzepnięcie krwi już w żołądku.

Na tych badaniach często przytaczanych w literaturze niemieckiej, francuskiej i angielskiej oparła się w nauce teorja, że nadmierna kwasota przyczynia się do długiego trwania a nawet powiększania się wrzodów w żołądku. Nowsze badania rozmaitych autorów, jakkolwiek przyznały, że nadmierna kwasota stale towarzyszy wrzodom, utrudnia leczenie wrzodów żołądka i ułatwia powstawanie nawrotów, to jednak wykazały, że wygórowana kwasota żołądkowa nie jest tak częstem zjawiskiem przy wrzodzie żołądka, jak to J a w o r s k i przyjmował i nie może być uważaną za objaw bezwzględnie konieczny dla rozpoznania wrzodu żołądka. W pracy ogłoszonej przez J a w o r s k i e g o w r. 1886-tym we „Wiener med. Wochenschr.“ (Nr. 49—52.) **„Uber den Zusammenhang zwischen den subjectiven Magensymptonen und den objectiven Befudnen bei Magenfunctionsstörungen“** twierdzi on, że należy odróżniać trwałe wydzielanie kwasu solnego na tle anatomicznem. jako nieżytu kwaśnego żołądka, od tego samego zboczenia na tle nerwowem, ale bez głębszych zmian anatomicznych, jako sokotoku żołądkowego. Twierdzenie to napotkało na opozycję H o n i g m a n a i E w a l d a, późniejsze badania anatomiczne J a w o r s k i e g o i K o r c z y ń s k i e g o dowodzą jednak istnienia nieżytu kwaśnego. Również i w pracy swej ogłoszonej później w r. 1888 w „Gazecie lekarskiej“ (Nr. 24—25) p. t.: **„Sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód żołądka“** dowodzi J a w o r s k i na podstawie przytoczonych spotrzeżeń i badań klinicznych, że istnieją nie tylko postacie trwałego wydzielania kwasu solnego bez zmian, a więc funkcjonalne, jak to chcą mieć wyłącznie R i e g e l, N o o r d e n, R o s e n t h a l, G l a z i inni, ale także i takie, które biorą swój początek w zmianach anatomicznych, względnie w stanie zapalnym błony śluzowej.

W r. 1886-tym w pracy p. t.: „**Przyczynek do klinicznej mikroskopji zawartości żołądka**" („Gazeta lekarska" r. 1886 grudzień) opisuje wykryte przez siebie w treści żołądka rozpadłe jądra ciałek wypocinowych. Są to bardzo liczne gromadki od 2 do 7 przeświecających jąderek rozpuszczalnych w ługu potasowym, które znachodzą się przeważnie w sokotoku i powstają przez rozpad jąder neutrochłonnych leukocytów po strawieniu ziarniny przez mocno kwaśny sok żołądkowy. Aż do czasu Jaworskiego uchodziły one w literaturze lekarskiej pod nazwą „ziarn pepsynowych". Praca ta jest jedną z dróg po których konsekwentnie dążył Jaworski dla wyszukania podstawy anatomicznej dla zboczeń trawienia żołądkowego.

W r. 1887-ym w „München. med. Wochenschrift" (13) oraz w r. 1888 w „Verhandlungen d. VII. Kongresses f. innere Medizin in Wiesbaden" w pracy p. t.: „**Über die Verschiedenheit in der Beschaffenheit des nüchternen Magensaftes bei Magensaftfluss**" opisuje Jaworski pierwszy znane ślimacznice t. zw. po niemiecku „Jaworskis Schnecken oder Spiralzellen", które stanowią często składnik treści żołądkowej naczczo, przy nadmiernem wydzielaniu kw. solnego. Podczas gdy Jaworski sam, uważa obecność tworów tych za zjawisko dość rzadkie to Boas i Einhorn twierdzą, że znachodzą się one stale, aczkolwiek mniej lub więcej ostro zaznaczone w każdej treści żołądka zawierającej HCl na czczo, a nawet nietylko przy hyperchlorhydrji. Według tłumaczenia Boasa mają to być smugi śluzu zmienione pod wpływem kwasu żołądkowego. Według późniejszych badań Schmidta i Telleringa należy ślimacznice Jaworskiego uważać za komórki myelinowe zmienione pod wpływem kwasu.

Główne prace Jaworskiego z tej dziedziny ogłoszone zostały w „Zentralblatt f. inn. Med." 1886 (49) „Wiener med. Wochenschr." 1887 (13), „Verhandlungen des VII. Kongresses f. inn. Medizin" (1888) i „Wiener med. Presse" (1888 Nr. 48 i 49). Wykazał on doniosłość badania śluzu żołądkowego w przewlekłym nieżycie żołądka oraz przedstawił mikroskopowy obraz treści żołądkowej. Odpowiednio do tego, czy żołądek wydziela kwas czy też nie — znachodzimy pod mikroskopem różne twory.

a) Przy **wydzielaniu się kwasu** znajdujemy pod mikroskopem przeważnie jądra komórkowe, leżące w grupach po 2, 3 i 4 razem, barwiące się intenzywnie barwikami anilinowemi i rozpuszczające w ługu potasowym, wykryte przez Jaworskiego. Oprócz nich znachodzą się twory kuliste wielkości leukocytów, barwiące się fjoletem metylowym na kolor ciemno-fjoletowy, które Jaworski uważa za jądra komórkowe komórek śluzowych. W końcu znachodzą się w kwaśnej treści żołądkowej, wolnej od resztek pokarmowych t. zw. ślimacznice spiralne Jaworskiego.

b) Natomiast w **śluzie wolnym od kwasu**, czy to na czczo, czy też w izolowanym od treści żołądkowej jest obraz mikroskopowy odmienny. Tam znachodzimy liczne leukocyty, niekiedy w gęstych masach, pozatem większe jądra komórkowe, pochodzące od komórek śluzowych lub przybłonkowych, dalej przybłonki, a mianowicie przybłonki cylindryczne z wyraźnemi jądrami, przybłonki kubkowe, po części wypełnione śluzem, w końcu także przybłonki płaskie.

Doniosłość tych prac dla nauki wybitnie charakteryzuje fakt, że Boas w swym najnowszym dużym podręczniku niemieckim chorób żołądka wyraźnie i na pierwszem naczelnem miejscu wylicza Jaworskiego między tymi, którym nauka w pierwszej linji zawdzięcza znajomość śluzu żołądkowego.

W r. 1886-tym wygłosił 1 grudnia w Towarzystwie lekarskim odczyt: „**O symptomatologji i kolejnym rozwoju objawów klinicznych w przebiegu nieżytu żołądka**" („Przegląd lekarski"). Na materjale złożonym z dwustukilkudziesięciu chorych zwracał przez dłuższy czas uwagę na to, jaką wartość djagnostyczną i kliniczną mają podmiotowe przypady chorych wraz z zewnętrznem badaniem chorego w porównaniu z badaniem wewnętrznem funkcjonalnem żołądka. Dochodzi on do wniosku, że prawie wszystkie obrazy kliniczne, po wykluczeniu nerwic, stanowią tylko różne okresy choroby, mającej za podstawę błonę śluzową żołądka, a przebiegającej kolejno w następujący sposób: Wskutek pewnego momentu przyczynowego występuje większa drażliwość, wskutek której zwyczajne bodźce, jakiemi są pokarmy, sprawiają w czasie trawienia za silne wydzielanie kwasu, przez co powstaje obraz „*hyperaciditas digestiva*". W dalszym ciągu powstaje trwały i ciągły stan samowolnego podrażnienia narządu wydzielniczego czyli „*secretio hyperacida continua simplex*". Ten stan wzmaga się i przechodzi w obraz chorobowy opisany jako „*Catarrhus acidus vel Hypersecretio hyperacida continua, Gastrorrhoe acida*". Potem chorobowo do najwyższego stopnia pedniecona czynność słabnie i wygórowany chemizm trawienia maleje, dzielność wydzielonego kwasu żołądkowego coraz to mniejsza, podczas gdy mechanizm nieco się poprawia. Powstaje obraz niedowładu wydzielniczego „*Insufficientia secretionis*", któryto stan określa się pojęciem żołądka słabego. W końcu ostatni okres „*Catarrhus mucosus*" jest wynikiem dalszego postępowania sprawy gdy cały chemizm trawienia został całkowicie niepowrotnie zniszczony, mechanizm jest miernie upośledzony a przypady gastryczne trwają ciągle, ale tylko w niskim stopniu.

W r. 1887-ym (Przegląd lek. Nr. 1—2) w pracy p. t.: „**Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym**" zwraca Jaworski pierwszy uwagę na zjawisko przedtem przez nikogo nie obserwowane t. j. na stopniowe obniżanie a następue zniknięcie kwasu solnego z żołądka silnie wydzielającego kwas żołądkowy — które odbywało się bądź samowolnie bądź pod wpływem czynników terapeutycznych n. p. wody karlsbadzkiej. Zwraca też uwagę na przechodzenie nieżytu kwaśnego żołądka — w śluzowy, oraz na różne fazy tej przemiany. Spostrzeżenia te ogłosił też po niemiecku w „Münch. med. Woch. 1888 Nr. 8" p. t.: „**Beobachtungen über das Schwinden der Salzsäuresekretion und den Verlauf der katarrhalischen Magenerkrankungen**". Spostrzeżenia te potwierdzone zostały później przez Klemperera.

W r. 1887-ym ogłasza w „Medycynie" (Nr. 1—2) pracę p. t.: „**Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki**" w której przedstawia na podstawie doświadczeń że nadmierne wydzielanie kwasu solnego wywołuje równocześnie silne wydzielanie pepsyny. Nawet w przypadkach niezdolności wydzielniczej błony śluzowej do wydzielania kwasu solnego, treść od kwasów organicznych kwaśna, ługuje pepsynę z błony śluzowej. Stąd to pochodzi że ta treść sama dla siebie z powodu braku kwasu solnego nie trawi, jednak to się dzieje po zakwaszeniu jej kwasem solnym. Jeżeli więc treść kwaśna żołądka, nawet po zakwaszeniu kw. solnym, nie trawi, to żołądek stracił zupełnie zdolność wydzielania pepsyny, a wtedy należy się spodziewać znacznych zmian anatomicznych w błonie śluzowej, a bardzo często raka żołądka. Żołądek chroni się przed silnem działaniem kwaśnej treści, że wprowadza do niej alkaliczną żółć i alkaliczne składniki krwi, przez co następuje chwilowe obniżenie kwasoty i zmniejszanie działania kwaśnej treści na błonę śluzową. Odbijania gorzkie pochodzą od obecności żółci w żołądku. Doświadczenia Jaworskiego wyjaśniają też zjawiska przez niego przedtem opisane, że pod mikroskopem treść żołądkowa kwaśna zupełnie inny obraz przedstawia pod mikroskopem niż alkaliczna. Lecznicze stosowanie kwasów przy braku jego w żołądku np. w nieżycie śluzowym jest racjonalne. Natomiast podawanie kw. solnego przy nadmiernem wydzielaniu może być wręcz szkodliwe na co już przedtem Jaworski wraz z Gluzińskim jako pierwsi na IV. Zjeździe w Poznaniu w r. 1884 zwrócili uwagę.

Niejako dalszym ciągiem tych badań jest praca ogłoszona w r. 1887 w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 4) p. t.: „**Metoda mierzenia zdolności wydzielniczej pepsyny jakoteż sposób otrzymywania naturalnego soku żołądkowego ze żołądka ludzkiego**" która wyszła również w „Münchener med. Wochenschrift" (1887 Nr. 33) jako tymczasowe doniesienie. Stwierdziwszy że kwasy stanowią swoisty bodziec do wydzielania pepsyny nietylko w żołądku martwym ale i żywym podaje dla celów doświadczalnych i klinicznych dwa sposoby mierzenia zdolności wydzielniczej pepsyny. Jeden sposób polega na wlewaniu na czczo do żołądka $^1/_{10}$ normalnego kwasu solnego a drugi na wlewaniu $^1/_{10}$ normalnego kwasu mlekowego. Po upływie pół godziny, w którym to czasie kwas ługuje pepsynę, aspiruje się treść ze żołądka i sączy. Poczem bada się osad pod mikroskopem a przesącz na pepsynę. Obie te metody są odmiennemi od metod dotychczasowych, albowiem podczas gdy metody dotychczasowe albo oznaczały ilość pepsyny w płynach poza ustrojem albo tylko szukano jej w treści żołądka czczego czy jest w niej zawartą czy też nie — te obie metody Jaworskiego mają na celu zbadanie zdolności wydzielniczej pepsyny żołądka żywego. Nadto Jaworski wykazał doświadczalnie, że wlewając 200—400 cm³ kwasu solnego rozmaitego zgęszczenia, do żołądka czczego człowieka można w ten sposób bez szkody dla badanej osoby po upływie jednego lub więcej kwadransów uzyskać sok żołądkowy o dowolnej sile trawiącej, przydatniejszy do doświadczeń lekarskich, niż sztuczny sok ze żołądków pośmiertnych zwierząt.

Uzupełnieniem tych prac jest artykuł ogłoszony w „Zeitschrift für Therapie" 1887 (Nr. 7) p. t.: „**Vorläufige Mittheilung über die Wirkung der Säuren auf die Magenfunktion des Menschen**" w którem rozpatruje Jaworski działanie kwasu solnego, mlekowego, octowego i węglowego na żołądek. Kwas solny mlekowy i octowy wzmagały wydzielanie pepsyny, resorpcja ich była mniejsza niż przekroplonej wody, przy większej ilości i koncentracji wywoływały napływ żółci do żołądka, w śluzie pokazywały się pod mikroskopem rozpadłe jądra ciałek wypocinowych. Własności trawiące białko nadawał sokowi żołądkowemu tylko kwas solny a nie mlekowy ani octowy. Natomiast kwas węglowy działał silnie podniecająco tak na wydzielanie kwasu solnego jak i pepsyny w żołądku i resorbował się szybciej aniżeli woda przekroplona. Kwas węglowy jest zatem środkiem pobudzającym silnie zarówno chemizm, jak i resorbcję w żołądku.

Dodać należy, że przyjęła się w klinice i ogólnie znaną jest **Jaworskiego jakościowa próba na pepsynę**, polegająca na badaniu trawienia kurzego białka: Płytka białka o 5—6 cgm wagi zostaje przez 25 cm³ przesączu żołądkowego przy 40° C. strawioną w 3 godzinach. Ta sama ilość włóknika w tychsamych warunkach rozpuszcza się w 1½ godziny a 5—6 cg suchego białka surowiczego rozpuszcza się już w ciągu 1 godziny przy pozostawieniu minimalnych resztek. Również znaną jest w świecie naukowym **próba Korczyńskiego i Jaworskiego na zawartość krwi w treści żołądkowej**. Odrobinę pozostałości ze sączka po przefiltrowaniu kładzie się na miseczkę porcelanową, dodaje się odrobinę chloranu potasowego i kroplę stężonego kwasu solnego i mieszaninę powoli się ogrzewa. Kiedy cały chlor uszedł dodaje się jeszcze jedną do dwóch kropel rozcieńczonego roztworu żelazosinku potasowego; przy obecności krwi występuje zblękitnienie od błękitu berlińskiego.

W pracach Jaworskiego ogłoszonych wspólnie z Glu-

ziński m nad niedawno wykrytą chorobą Reichmanna (Wiener med. Presse 1886., Wiener med. Wochenschr. 1887, Nr. 7 i 8 oraz 49 i Zeitschr. f. Klin Medizin. Bd. 11.) przyczynili się oni znacznie do bliższego zbadania tego cierpienia. Podają oni że wzmożone przewlekłe wydzielanie soku żołądkowego bywa zjawiskiem częstem, bo wykazują cyfry 48 chorych na sokotok na 222 chorych. W szczególności dowodzą, że jest ono objawem nieżytu żełądka i że przytem zboczeniu wydzielniczem mają ważny udział zaburzenia czynności ruchowej żołądka. Prace te napotkały na opozycję, zarzucającą, bądź, że nie zawsze przekonywali się o obecności soku żołądkowego w treści na czczo wydobytej, bądź też że kładą zbyt wielki nacisk na pojawianie się soku żołądkowego na czczo jako cechy znamiennej dla choroby Reichmanna, oraz podnoszącą że sam Reichmann przez szereg lat mógł zaobserwować tylko 6 przypadków typowego sokotoku żołądkowego.

W pracach ogłoszonych przez Jaworskiego we „Wiener med. Woch." 1886, w „Münchener med. Wochenschrift" 1887 (Nr. 7 i 8) i we „Wiener med. Woch." 1888 (Nr. 48 i 49) zawarte są dane kliniczne, które przyczyniły się do wyjaśnienia obrazu t. zw. apepsji czyli Achylia gastrica (brak soku żołądkowego) bo wykazały że podstawą tej choroby jest zanik błony śluzowej żołądka. Prace te są bardzo często przytaczane w literaturze wszechświatowej. C. d. n.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Wzajemna zależność pomiędzy sprawnością przewodu pokarmowego i pozajelitowej przemiany materji a stanem uzębienia.

Z Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. dr. Gluziński.

Od wieków datują się prace lekarzy, wskazujące wielkie znaczenie stanu uzębienia dla ustroju. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, prace licznych autorów, oparte na ścisłych danych klinicznych i doświadczalnych, jeszcze bardziej podkreśliły łączność zachodzącą pomiędzy uzębieniem a ustrojem, jako całością. Prace te są w gronie fachowców znane i uznane. Jednakowoż, jeszcze dotychczas odontologja wydaje się nietylko laikom, lecz również niektórym lekarzom, nauką stojącą w luźnym tylko stosunku z medycyną ogólną.

Mniemanie podobne udaje się obecnie z łatwością obalić.

Nie ulega wątpliwości, że prawa życiowe wpływają na stan uzębienia, zarówno w czasie ich rozwoju, czynności jak i schorzeń w sposób zupełnie ten sam, co i na najważniejsze narządy. Wiemy, że niektóre procesy, toczące się w chorych zębach, wywołać mogą ciężkie uszkodzenia całego ustroju, a nawet zagrażać życiu. Jest to zrozumiałe, gdyż większość spraw chorobowych zębów i ich najbliższego otoczenia odbywa się w gąbczastej tkance kostnej szczęk, a zatem w tkance, która dzięki swemu obfitemu zaopatrzeniu w naczynia krwionośne i chłonne nadzwyczaj dobrze nadaje się do dalszego przenoszenia drobnoustrojów i ich jadów, szkodliwych produktów rozkładu tkanki uszkodzonej i t. d. *A priori* jest również zrozumiałe, że uszkodzenie czynności zębów, mechanicznego rozdrabniania pokarmów, winno wywołać utrudnioną pracę żołądka, a w dalszym swem następstwie nieraz niedostateczną sprawność całego narządu trawienia. Niemniej oczywistem jest, że produkty rozkładu resztek pokarmowych zatrzymanych w ubytkach zębów spróchniałych, pomiędzy zębami, w kieszonkach ropocieku zębodołowego i t. d. są przeładowane drobnoustrojami i ich jadami, wskutek czego, dostając się do żołądka, mogą wywołać z biegiem czasu następstwa niepożądane.

I *vice versa*: również dobrze jest znany wpływ wad konstytucjonalnych ustroju, niektórych schorzeń ogólnych, wycieńczenia, zatruć, nieodpowiedniego i niedostatecznego odżywiania i t. d. na stan uzębienia.

Przedmiotem pracy niniejszej jest przytoczenie pewnych własnych doświadczeń w tej dziedzinie oraz wyłuszczenie nowszych poglądów panujących w dziedzinie korelacji uzębienia i ustroju, jako całości.

W ciągu $2^1/_2$ lat ostatnich obserwowałem przeszło 300 (ściśle 305) przypadków w wieku od 10—70 lat, z rozmaitemi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego. Język, dziąsła, zęby i migdałki swych chorych, oczywiście, oglądałem jak najdokładniej. Pośród swoich przypadków stwierdziłem w blisko 90% przypadków, uszkodzenie zębów. Dokładnem rozpoznawaniem schorzeń zębowych nie zajmowałem się, rzecz jasna. Nie będę też przytaczał liczb ścisłych, opartych na nieścisłych danych. Zaznaczę tylko, że w olbrzymiej większości przypadków przeważały: brak jednego lub więcej zębów, próchnica, zanik starczy wyrostka zębodołowego, zapalenia dziąseł, okostnej i ozębnej oraz ropociek zębodołowy. Stwierdziłem wyłącznie zmiany pewne i dobrze widoczne i przekonany jestem, że fachowiec odontolog stwierdziłby uszkodzenie zębów, prawie we wszystkich moich przypadkach. Materjał mój składał się z przypadków nieżytu żołądka i jelit, wrzodów żołądka i dwunastnicy, zapalenia pęcherzyka i dróg żółciowych, kamicy żółciowej, zapalenia wyrostka robaczkowego, nowotworów, narządów trawienia oraz różnych innych schorzeń organicznych i czynnościowych w dziedzinie trawienia. W miarę tego, jak mnożyła się liczba badanych przeze mnie przypadków, coraz mniej wydawały się przesadzonemi słowa Williama Oslera, że »zęby schorzałe powodują więcej szkód dla ustroju, niż wyskok« oraz napozór paradoksalne słowa Mayo, że »chirurgję wrzodów żołądka i dwunastnicy należy rozpoczynać od zębów«.

Jest godnem zastanowienia, jak często schorzenia ogólne ustroju dadzą się rozpoznać z uszkodzeń uzębienia, n. p. z jednego lub dwu luźno osadzonych zębów. W cukrzycy, skazie moczanowej, schorzeniach nerek, serca i naczyń, w kile i znacznej niedokrwistości najczęściej to widzimy.

Nie dziw też, że Paul uważał swoistą próchnicę zębodołów (*caries alveolaris specifica*) za objaw początkowy pewnych chorób zakaźnych przewlekłych oraz zaburzeń w dziedzinie przemiany materji. Liczne drobne naczynia okostnej, ozębnej i miazgi doskonale się ku temu nadają, by czule oddziaływać na sprawy chorobowe, znajdujące swe odzwierciedlenie we krwi. Niedostateczne odżywianie szczęk i zębów wystarcza, by zmniejszyć ich wartość czynnościową względnie by wywołać ich zwyrodnienie. Zmiany w stanie chemicznym, koloidowym i t. d. otaczających tkanek, soku tkankowego i śliny wywołują wypadanie krystaloidów i koloidów dookoła korzeni i koronek; inkrustacje te ze swojej strony przyśpieszają sprawy zniszczenia tkanki zębowej i kostnej. Do tego dołączają się drobnoustroje i ich jady, produkty rozpadu zatrzymanych w jamie ustnej resztek pokarmowych, by dokończyć dzieła zniszczenia.

Umiejącemu spostrzegać, stan jamy ustnej i uzębienia daje dużo wskazówek wartościowych. Wybitna niedokrwistość śluzówki wzbudza podejrzenie schorzenia krwi, względnie innych wycieńczających schorzeń. Wady w ukształtowaniu i rozwoju zębów, ich ustawienia i t. d. świadczą o przebytej krzywicy i o innych hamujących rozwój kośćca schorzeniach. Silne krwawienia nasuwają rozpoznanie hemofilji, gnilca i innych skaz krwotocznych. Ciemne zabarwienia śluzówki warg i policzków, jako objaw choroby Addisona i tak zwanego *diabète bronzé*, liczne swoiste wysypki i owrzodzenia dziąseł i śluzówki, swoiste rąbki metaliczne po zatruciach pewnemi metalami, ślinotok rozmaitego pochodzenia — wszystkie te objawy (i wiele innych) często wskazują, jak szybko schorzenia ogólne ustroju pociągają za sobą zmiany patologiczne jamy ustnej i uzębienia.

Pragnąc pozostać ściśle w ramach pracy niniejszej, ograniczam się do rozpatrzenia wpływu, jaki wywierają na stan uzębienia pewne schorzenia narządów trawienia oraz zaburzenia w dziedzinie przemiany materji i złączone z niemi często schorzenia gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Spotykamy się tu między innemi z krzywicą, gnilcem, chorobą Barlowa, t. j. ze schorzeniami polegającemi, jak obecnie przypuszczamy, w głównej mierze na zaburzeniach w ogólnej przemianie materji, wywołanych brakiem życianów (witamin).

Prace Percy Howe'a w dużej mierze przyczyniły się do wyjaśnienia znaczenia życianów dla stanu uzębienia. Autor ten był przeciwnikiem starego poglądu Millera, że próchnicę wywołują kwasy organiczne, pochodzące z rozkładu i fermentacji węglowodanów, zwłaszcza cukrów w jamie ustnej. Powtarzając doświadczenia Millera, Howe

karmił 30 świnek morskich przez rok wielkiemi ilościami węglowodanów, przyczem stwierdził, że resztki węglowodanów przylegały do zębów i odczyn śliny był kwaśny. Mimo to, nie udało się wywołać ani śladu próchnicy. Natomiast gdy zwierzętom podawano pokarm pozbawiony trzech rodzajów witamin (*A*, *B* i *C*), w ciągu trzech miesięcy występował zanik zębodołów, podobny do zaniku starczego, ropociek zębodołowy, obrzęk dziąseł. Zęby wykazywały znaczny stopień odwapnienia i próchnicy, pochylały się, ruszały i wiele zębów wypadało. Zmieniał się nawet zgryz. Podawanie zwierzętom soku cytrynowego w szybkim czasie wpływało dodatnio na stan uzębienia: powyższe objawy znikały; zęby, dziąsła i szczęki wracały do stanu normalnego.

Dobroczynny skutek soku cytrynowego Howe przypisywał zawartym w nim witaminom grupy *C*. Przeciwnie, Mellanby i Hess są zdania, że próchnicę zębów wywołuje głównie brak witamin grupy *A*. Szczepy ludzi, odżywiających się produktami przeważnie surowemi (n. p. Eskimosi) a także rolnicy, których odżywianie jest dostateczne i składa się z produktów świeżych, mało zmienionych, wykazują mało próchnicy. Zmiana ich odżywiania w kierunku kuchni wielkomiejskiej szybko wywołuje i u nich objawy próchnicy.

Obok obecności witamin w pożywieniu znaczną rolę odgrywa także zawartość wapnia w pokarmach i płynach.

Przy małej jego zawartości w pożywieniu względnie jego ubytku, powstającego w ciąży, osteomalacji, tężyczce, i t. d. cierpi czynność i odporność zębów, jak również innych kości. Ważną jest nietylko bezwzględna zawartość wapnia w pokarmach, ale także jego ilościowy stosunek do potasu i magnezu, których działanie jest antagonistycznem do działania wapnia. Rozwój chemji fizykalnej wykazał także *in vitro* wielkie swoiste znaczenie oddzielnych jonów dla stanu koloidowego rozproszenia białka względnie pierwoszcza a tem samem i dla czynności tkanek.

Izojonja, t. j. ściśle określony wzajemny stosunek ilościowy i równowaga pomiędzy różnemi jonami zawartemi w sokach tkankowych, komórkach, krwi i t. d. jest jednym z głównych warunków istnienia ustroju. Nadmiar wapnia wpływa kojąco i uśmierzająco na stany zapalne i nieżytowe, w przeciwieństwie do sodu, potasu, i po części magnezu. Brak wapnia lub niedostateczna jego zawartość w sokach ustroju wpływa ujemnie na krzepliwość krwi i na odporność wobec zakażeń.

Rose stwierdził wpływ ujemny wody miękkiej t. j. zawierającej mało soli wapniowych, na stan uzębienia. Według Meyera próchnica w cukrzycy jest skutkiem małowapniowej djety. Kranz wskazuje zaburzenia przemiany wapniowej, jako przyczynę niedokształceń szkliwa i zębiny oraz anomalji szczęk i ustawień. Według Kranza zaburzenia przemiany wapniowej są wywołane przez schorzenia czynnościowe tarczycy i grasicy, o których to gruczołach mowa będzie później.

W skazie moczanowej, t. zw. artretyzmie, dnie, spotykamy cały szereg zmian chorobowych w uzębieniu. Są one tak częste i wielorakie, że niektórzy autorowie n. p. Pierce uważali, że ropociek zębodołowy, jedno z najczęściej spotykanych schorzeń uzębienia jest bezpośrednio wywołany przez złogi soli moczanowych w ozębnej i kostniwie.

W moczówce cukrowej spotyka się cały szereg zmian chorobowych uzębienia, jako to zapalenie dziąseł ze skłonnością do martwicy dookoła zębów, próchnicę i ropociek zębodołowy. Śmiało można powiedzieć, że nietylko każdy prawie chory na cukrzycę z biegiem czasu cierpi na ropociek zębodołowy, lecz że w wielu przypadkach ropotok zębodołowy jest pierwszym objawem cukrzycy. Według Körnera może on czasowo wyprzedzić nadmierne wydzielanie cukru z moczem, nadmierne pragnienie i łaknienie, schudzenie, osłabienie ogólne i inne zasadnicze objawy cukrzycy. Już nieraz odontolodzy rozpoznawali cukrzycę u ludzi, którzy bynajmniej o niej nie myśleli, jedynie na podstawie objawów zębowych. Próchnica i inne schorzenia zanikowe oraz zakaźne zębów także nawiedzają często cukrzycowych. Że wszystkie one stoją w związku bezpośrednim z głównym objawem przedmiotowym cukrzycy t. j. z przecukrzeniem krwi, dowodzi dobitnie fakt, że przy odpowiedniem leczeniu djetetycznem, a ostatnio przy leczeniu swoistem zapomocą insuliny, równolegle ze stanem ogólnym, poprawiał się także stan uzębienia (spostrzeżenie własne).

W daleko posuniętych schorzeniach nerek, a zwłaszcza w mocznicy stwierdza się często obrzęk dziąseł, przechodzący nieraz w owrzodzenia. W przypadkach cięższych owrzodzenia sięgają do zębodołu i ozębnej, wywołując ciężkie zmiany kości i zęba, dochodzące do martwicy tkanek i wypadania zębów. Lżejsze schorzenia nerek także wywierają swój wpływ na stan uzębienia; zmiany w uzębieniu są przytem tak częste, że Michel uważał, iż białkomocz jest główną przyczyną ropotoku zębodołowego.

W żółtaczce spotykano zmiany zabarwienia w zębach, zwłaszcza u osesków (Thursfield).

W zołzach (skrofulozie), zęby są nader kruche i skłonne do próchnicy.

Ściśle związane z pozajelitową przemianą materji są zaburzenia w czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego. Poprzednio wykazałem związek pomiędzy tarczycą i grasicą, a stanem uzębienia.

Tarczyca, gruczołki przytarczycowe i przysadka mózgowa stanowią pewien dobrze zgrany zespół. Wydzielina tych gruczołów wywiera wielki wpływ na budowę zębów. Znaczenie tarczycy dla uzębienia jest znane już dawno. W razie zmniejszonego ilościowo względnie zmienionego jakościowo wydzielania tarczycy, n. p. u kretynów i u chorych na obrzęk śluzowaty (*myxoedema*), (Kranz); interesujący nas stan uzębienia przedstawia liczne nieprawidłowości: zboczenia w ustawieniu zębów, błędy w ich rozwoju, nader często próchnicę i wielkie złogi kamienia zębnego. U dzieci często następuje wstrzymanie ząbkowania i opóźnienie wypadania zębów mlecznych.

Czynność gruczołów przytarczycowych jest ściśle związaną z przemianą wapnia w ustroju. Erdheim wykazał, że po doświadczalnem usunięciu gruczołów przytarczycowych u szczurów występują ciężkie zmiany w siekaczach. Zarówno szkliwo, jak zębina wykazują liczne braki w uwapnieniu; zęby są kruche i nietrwałe. To samo spostrzegano u dzieci w tężyczce, chorobie wywołanej przez zaburzenia czynności gruczołków przytarczycowych; u dzieci tych zęby nie rozwijają się prawidłowo, ubytek wapnia wywołuje nierówności i brózdy na szkliwie siekaczy i kłów, w mniejszym stopniu i innych zębów.

Zarówno przy doświadczalnem usunięciu przysadki u zwierząt jakoteż w samoistnych jej schorzeniach u ludzi, widzi się liczne zmiany chorobowe w uzębieniu. Cierpi rozwój i odżywianie zębów, które wykazują liczne nieprawidłowości w swej budowie: siekacze są rozstawione, ukośnie ustawione i t. d. Nadmiar wydzieliny przysadki, zwłaszcza jej przedniego zrazika wywołuje przeciwnie nadmierny wzrost zębów (i innych kości), nienormalny ich kształt i ustawienie.

Według obecnie panujących poglądów zmniejszenie się wydzielania wewnętrznego grasicy powoduje zatrucie ustroju nadmiarem kwasu, przez co kości doznają zahamowania w swoim rozwoju i przyśpieszenia rozkładu. Kranz stwierdził u psów po wycięciu grasicy wyraźne zahamowanie ząbkowania; ponadto zęby były o wiele słabsze niż u innych zwierząt.

W schorzeniach jajników stwierdzano u kobiet częste bóle w napozór zdrowych zupełnie zębach; można tłumaczyć to sobie tem, że pod wpływem porażenia nerwów naczynioruchowych następuje rozszerzenie naczyń miazgi, co znów powoduje ucisk na nerwy czuciowe.

U kobiet tych zęby są bardzo wrażliwe, zwłaszcza w okolicy szyjki, na dotknięcie i zmiany ciepłoty pokarmu; objaw ten również znajduje swe objaśnienie w odruchowem porażeniu nerwów naczynioruchowych, względnie podrażnienia nerwów czuciowych, wreszcie w miejscowych zastoinach żylnych, względnie przekrwieniu tętniczem.

Kranz i Robinson wykazali także doświadczalnie

na zwierzętach ujemny wpływ usunięcia gruczołów rozrodczych na stan uzębienia.

Często spotykane podczas ciąży zmiany chorobowe uzębienia polegają, jak dowiódł Lewy na utracie wapnia. Zamiast 1,35% do 1,57% zęby zawierały ± 0,58% wapnia, co było niezawodnie powodem ich skłonności do próchnicy i innych schorzeń. Teleologicznie musimy uznać utratę wapnia za celową: następuje bowiem powiększenie zawartości wapnia we krwi, a tem samem zwiększenie jej krzepliwości na wypadek krwotoków; pozatem wapno jest potrzebne do budowy kośćca i innych narządów płodu.

O licznie spotykanych przezemnie zmianach chorobowych uzębienia w schorzeniach przewodu pokarmowego trudno powiedzieć, czy są one jedną z przyczyn, czy też skutków względnie współrzędnych objawów tych schorzeń. Znajdująca obecnie coraz większe poparcie teorja Huntera o ustnem ogniskowem zakażeniu widzi pierwotną przyczynę raczej w schorzeniu uzębienia. Jednakże nie ulega dla mnie wątpliwości, że przynajmniej w niektórych moich przypadkach, szczególnie cięższych, zmiany uzębienia były skutkiem schorzeń narządów trawienia. Już dawniej spostrzegano następową skłonność zębów do próchnicy, zakażeń, schorzeń dziąseł a także do ropotoku zębodołowego w przypadkach długotrwających nieżytów żołądka lub jelit, długotrwałych niestrawności, a zwłaszcza w zaparciu stolca. Niedostateczne wykorzystanie pokarmu powoduje ogólne osłabienie ustroju, a tem samem i zmniejszoną odporność zębów, wystawionych na tak liczne uszkodzenia. Liczne jady wessane z jelit w uporczywych zaparciach także mogą podziałać szkodliwie na stan tkanki zębnej i jej otoczenia. Również nie ulega wątpliwości, że pierwotne ogniska zakaźne w pęcherzyku żółciowym, wyrostku robaczkowym i t. d., przy dłuższem ich oddziaływaniu na ustrój szkodzić mogą także i zębom (przerzuty, jady)

Dwa nader częste i z punktu widzenia pracy niniejszej bardzo ważne schorzenia uzębienia wymagają szczegółowego omówienia: jest to ropociek zębodołowy i próchnica. O etjologji tych schorzeń istnieje w piśmiennictwie odontologicznem wielka ilość prac i prawie tyleż poglądów.

Maurice Roy, Grewe, Gottlieb i Fleischmann i niektórzy inni autorowie widzą pierwotną przyczynę ropotoku zębodołowego w jakiemś ogólnem schorzeniu ustroju, które to schorzenie czyni uzębienie z biegiem czasu mniej odpornem na działanie szkodliwych czynników miejscowych. Do tych schorzeń ogólnych należą: dna, cukrzyca, długotrwałe zaburzenia trawienia, zwłaszcza zaparcie, różne zatrucia, wycieńczenie ustroju i t. d. W następstwie tych schorzeń powstaje pierwotny zanik blaszki kostnej zębodołów, wytwarza się kieszonka pomiędzy korzeniem zęba, a zębodołem i przyłącza się następnie zakażenie miejscowe. Inne teorje, wskazujące schorzenia miejscowe, jako pierwotną przyczynę ropotoku n. p. teorja Kolle-Bayera o swoistem zakażeniu krętkowem, Karoly'ego o nadmiernem mechanicznem obciążeniu zębów, Bodo o zbyt wielkim ucisku bocznym na zęby — na potkały na liczne umotywowane sprzeciwy.

Próchnica zębów również wywoływała i wywołuje dotychczas niezgodność w zapatrywaniach autorów na jej etjologję. Pogląd Millera i innych, że próchnica jest spowodowana działaniem kwasów organicznych, powstających z fermentujących węglowodanów, a zwłaszcza cukrów (Kunert), teorję Baumgartnera o pasorzytniczej etjologji próchnicy oraz inne mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia — pozostawiam na uboczu. Zastanowić się jednak należy nad teorją Koneffke'go, opartą na licznych doświadczeniach i na nowoczesnych poglądach fizykalno chemicznych. Koneffke stwierdził, że odporność zwierząt przeciw próchnicy zależała od stężenia jonów wodorowych i od ciśnienia osmotycznego śliny. Przy prawidłowej kwasocie czynnej i prawidłowem ciśnieniu osmotycznem śliny, połączonem z normalną ogólną ilością dobową wydzielonej śliny odporność zębów przeciw próchnicy była największa. Im większa zachodziła zmiana w wartości wykładnika jonów wodorowych (Pk) w stronę kwaśną, lub zasadową i im większe było ciśnienie osmotyczne śliny oraz ślinotok, tem bardziej zęby skłonne były do próchnicy. Wyniki doświadczeń Koneffke'go (w razie ich potwierdzenia) byłyby doskonałem objaśnieniem, znanego klinicznie już oddawna ujemnego wpływu na stan uzębienia schorzeń ogólnych, połączonych z kwasicą względnie alkalozą, jak n. p. pewne przewlekłe niestrawności, cukrzyca, mocznica, tężyczka i t. d.

Wspomnę jeszcze o nerwobólach zębowych, często występujących pod wpływem zaburzeń w przemianie materji (cukrzyca, choroba Basedowa, dna, artretyzm, charłactwo) oraz w przewlekłych zaparciach (jady jelitowe, Gussenbauer).

Przechodzę do drugiej części pracy niniejszej, mianowicie do rozpatrzenia znaczenia stanu uzębienia dla sprawności przewodu pokarmowego i pozajelitowej przemiany materji.

Łączność istniejąca pomiędzy sprawami toczącemi się w zębach a schorzeniami wewnętrznemi znana już była oddawna. Szczególnie w ciągu ostatniego półstulecia Chasaignac w roku 1859, Riebet w roku 1865, Leube w roku 1878, Lenharz, Kaczorowski [1]) w roku 1884 wskazywali wielką rolę zębów, jako punktu wyjścia różnych schorzeń odległych nieraz narządów. Jednakże dopiero gruntowne prace Wiliama Huntera, Rosenowa, Pässlera, Billingsa [2]), Duke'a [3]), Harzella, Petit'a, Tellier'a, Ziembowskiego [4]), Kuczyńskiego [5]), Goadbe'go, Fischer'a [6]) i wielu innych autorów przyczyniły się do obecnie panujących bardziej naukowych, opartych na trwałych podstawach bakterjologicznych, histologicznych, anatomo-patologicznych i klinicznych poglądów na te sprawy. W swojej ciekawej pracy Hunter wskazuje wielkie znaczenie zakażenia uzębienia, jako przyczyny, wskutek której powstają stany chorobowe. W pierwszym rzędzie Hunter wymienia nieżyt żołądka, jako schorzenie, najczęściej ze wszystkich innych schorzeń wewnętrznych wywoływane przez zakażenie ustne. Nieżyt żołądka jest według niego pochodzenia zakaźnego i powstaje z powodu niedostatecznego żucia pokarmów oraz wskutek długo, nieraz lata całe, trwającego połykania ropy. Z biegiem czasu może dojść do wielce przewlekłych postaci chorobowych, jak zanik gruczołów żołądkowych i połączona z nim achylja, a nawet do zapalenia ropnego śluzówki żołądka. Jako dalsze schorzenia ogólne, które mogą być wywołane przez stany zakaźne uzębienia i jamy ustnej, Hunter wymienia zapalenie miąższu kostnego, wsierdzia, ropienie, zapalenie nerek, opon mózgowych, zapalenie stawów i t. d. Ze schorzeń miejscowych Hunter wskazuje zapalenie migdałków, obrzmienie gruczołów, zapalenie środkowego ucha, ropnie szczękowe i t. d. Jeżeli do powyższego spisu ciężkich schorzeń ogólnych dodamy posocznicę kryptogenetyczną, którą Leube, a także Lenharz oraz Antonius i Czepa [7]) często stawiają w związku z ogniskami zakaźnemi w zębach, to przekonamy się jak wielka jest szkodliwość i doniosłość tychże dla ustroju. Billings (l. c.) w swoich badaniach klinicznych przyszedł do wniosków takich samych. Według niego ogniska zakaźne uzębienia przy obniżeniu sił odpornych danego ustroju z powodu wycieńczenia po przebytych chorobach ogólnych, zatruciach, przepracowaniu i t. d. mogą wywoływać także cały szereg innych schorzeń, że wymienię wrzody żołądka, zapalenie woreczka żółciowego, trzustki, przerost i nadmiar czynności tarczycy i t. d. Stosownie do spostrzeżeń wielu autorów, i jak się przekonałem w moich przypadkach, najczęściej spotykane schorzenia uzębienia, które wywołać mogą ogólne zmiany chorobowe są następujące: ropotok zębodołowy, ropień zębodołowy, zapalenie dziąseł, zapalenie ozębnej, ziarniak zębodołowy. Tworzą one ustne ogniska zakaźne *(oral focal infection)*, które należą do najczęstszych ognisk za-

[1]) Cytow. według Allerhanda, Polska Gazeta Lekarska 1923, Nr. 4, 5, 6.
[2]) l. c.
[3]) l. c.
[4]) Cytow. według Helda, Przegląd dentystyczny 1923, Nr. 6.
[5]) Cytow. według Allerhanda, l. c.
[6]) Cytow. według Terkowskiego, Przegląd dentystyczny 1922, Nr. 5.
[7]) Cytow. według Allerhanda, l. c.

kaźnych ustroju; stany przez nie wywoływane Hunter nazwał »*oral sepsis*«, zakażeniem ustnem, Francuzi nazywają ją »*septicémies bucco-dentaires*«.

Jak wiadomo, jama ustna jest stałem siedliskiem drobnoustrojów, zarówno chorobotwórczych, jak i nieszkodliwych. Wymienię jako najważniejsze: różne gatunki paciorkowców (zwłaszcza paciorkowiec zieleniejący i mlekowy Kantorowicz), gronkowce, dwoinki płucne, wrzecionowce, rozmaite krętki i włosiowce, a czasami także meningokokki, prątki błonicy i t. d. Stałe ciepło, wilgoć, ciemność, nadmiar pożywienia, liczne punkty przyczepne tworzą z jamy ustnej prawdziwy termostat do hodowli drobnoutrojów. Osiedlenie się ich w sprzyjających warunkach w miejscach zmniejszonej odporności w zębach, następowe wzmożenie się ich jadowitości, nie może zadziwić. Niedostateczne leczenie mechaniczne i antiseptyczne zębów, a zwłaszcza izolowanie od tlenu beztlenowców zawartych w tych ogniskach zapomocą plomb koron i t. d. wytwarza, rzecz jasna, ukryte, stałe źródła zakaźne, których zarazki w chwilach zmniejszonej odporności ustroju przenoszą się do innych narządów. Badania Rosenowa (l. c.), Kuczyńskiego (l. c.), Mendel'a i innych wykazały, że jadowitość drobnoustrojów z ognisk zębowych zazwyczaj nie jest zbyt wielka. Jednakże zwiększa się ona pod wpływem różnych czynników, jako to doprowadzenia tlenu, ulepszenia pożywki i t. d., a nawet, jak dowodzą Rosenow i Kuczyński, udało się wykazać zmienność bakterji i przeprowadzić poszczególne ich gatunki, jedne w drugie, jako to: paciorkowe w dwoinki płucne i przeciwnie. Wynika z tego, że pod wpływem różnych czynników, jadowitość drobnoustrojów, usadowionych w pozornie spokojnych ogniskach zakaźnych jamy ustnej może znacznie spotęgować się i wywołać ogniska chorobowe w innych narządach.

Wielce ciekawe jest przytem prawo wyborowego powinowactwa bakterji do poszczególnych tkanek (histotropja) i z niego wypływająca zdolność wyborowego usadawiania się bakterji (*elective localisation power*). Prawo to zostało odkryte i doświadczalnie dowiedzione przez Rosenowa (l. c.). Już dawno było wiadome, że poszczególne rodzaje drobnoustrojów odznaczają się swojem powinowactwem do niektórych tkanek: a więc meningokokki do opon mózgowych, prątek tężca, zarazek wścieklizny, po części krętek blady — do tkanki nerwowej i t. d.

Doświadczenia Rosenowa wykazały jednak ponadto, że podobne swoiste powinowactwo jest także cechą poszczególnych szczepów jednego i tego samego rodzaju paciorkowców. Rosenow stwierdził, że poszczególne szczepy paciorkowców, wyhodowane z ognisk zębowych, lub migdałków ludzi cierpiących na zapalenie poszczególnych narządów n. p. wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, a nawet wrzodu żołądka, zaszczepione królikom, wywoływały u nich zapalne schorzenia tego samego narządu, na które cierpiał odnośny chory. Natomiast ogólnego zakażenia zwierzęta nie wykazywały. Wyniki te Rosenow objaśnia:

1. ogólną niewielką jadowitością zarazków wyhodowanych z ognisk zębowych, która nie była wystarczającą by wywołać ogólne zakażenie;

2. zdolnością tych zarazków do doborowego usadawiania się w poszczególnych tkankach. Rosenow przypuszcza że u jego chorych zarazek ich schorzenia miejscowego (zapalenia pęcherzyka żółciowego, czy też wyrostka robaczkowego i t. d.) pochodził właśnie z ognisk zębowych wzgl. migdałków.

Przebieg zakażenia narządów wewnętrznych przez drobnoustroje, pochodzące z ognisk zakaźnych zębowych, Rosenow i inni przedstawiają sobie jak następuje: w spokojnem napozór ognisku zębowem istnieją liczne gatunki drobnoustrojów chorobotwórczych. Przez *foramen appicale* drobnoustroje i ich toksyny dostają się do krwiobiegu ogólnego. Wobec ich niewielkiej jadowitości zostają one zapomocą fagocytozy i wielorakich środków ochronnych ustroju (przeciwciał) zniszczone. Jednakże w chwilach zmniejszonej odporności ustroju dostają się one drogą naczyń krwionośnych, nie powodując posocznicy ogólnej, do narządów wyborowego umiejscowienia i wywołują w nich zapalenia następowe.

W swojej skądinąd nader znamiennej pracy fizjolog amerykański Fischer [8]) wywodził, że »odontolog nie może ograniczyć się do rozpoznania choroby zębów i osądzenia, czy ząb da się zachować, czy nie, lecz że winien przede wszystkiem wziąć pod uwagę czy i o ile zachowanie zęba zagraża ogólnemu stanowi zdrowia«. Fischer radził usuwać wszystkie zęby, w których dotknięty jest nerw, lub korzeń. Pod wpływem teorji o zakażeniu ustnem w krajach anglo-saksońskich, zwłaszcza w Ameryce zaczęto usuwać zęby przy najmniejszych nieraz objawach zakażenia; w końcu jednak sam Rosenow i inni wystąpili przeciw radykalnemu poglądowi Fischera i praktykom odontologów amerykańskich — jako zbyt krańcowym.

We Francji Petit (l. c.) wystąpił również przeciw zbyt gorącym zwolennikom usuwania zębów, za wszelką cenę, dowodząc, że w olbrzymiej większości przypadków ustrój daje sobie sam radę, zarówno z małemi dawkami bakterji i ich jadów, które zazwyczaj powoli tylko przedostają się poza obręb zębów, jakoteż z produktami rozkładu miazgi zębowej, powstającemi pod wpływem działania drobnoustrojów.

Produkty rozkładu białka trupiego (ptomainy), jako to neuryna (C_5 H_{13} No), cholina (C_5 H_{15} No_2), muskaryna, betaina, kadaweryna, putrescyna i inne substancje o oddziaływaniu zasadowem, są to trucizny działające nader gwałtownie; jeżeli zaś zazwyczaj nie odczuwa się ich działania, to należy uważać za dowiedzione, że środki obronne ustroju, jako to fagocytoza i przeciwciała, rozmaite zaczyny i katalizatory wystarczają do ich unieszkodliwienia. Tem bardziej zatem wystarczy mechaniczne (usuwanie miazgi) i chemiczne (antiseptyczne) leczenie, by usunąć tlenowce i unieszkodliwić beztlenowce.

Jak widzimy z powyższego, znaczenie stanu uzębienia dla narządów trawienia, między innemi, jest nader wielkie. Cały szereg schorzeń przewodu pokarmowego, jako to nieżyty żołądka i jelit, zapalenia wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, trzustki, wrzody żołądka i dwunastnicy i t. d., t. j. najczęstsze ze spotykanych schorzeń jamy brzusznej, powstać mogą wskutek przerzutów z ognisk zębowych.

Profilaktyka schorzeń zębowych zapomocą odpowiedniej higjeny jamy ustnej, racjonalne leczenie powstałych już ognisk, w razie potrzeby radykalne ich usuwanie, bez wątpienia mogą przyczynić się do unikania pewnej części wyżej wymienionych schorzeń.

Jak wielkie jest znaczenie ognisk zębowych dowodzą między innemi także wyniki chirurgów Mayo i innych którzy stwierdzili polepszenie się stanu już istniejących w jamie brzusznej wtórnych ognisk zapalnych, z chwilą, gdy energicznie zabrano się do gruntownego leczenia zakażonych zębów, dziąseł, szczęk i t. d.

W ramach osobistego doświadczenia muszę zaznaczyć, że nieraz sprawiało mi wielką trudność orzec w każdym danym przypadku, co było pierwotnem zjawiskiem i czy schorzenie uzębienia było jedną z przyczyn, które spowodowały powstawanie zaburzeń w obrębie przewodu pokarmowego, czy też przeciwnie, schorzenie przewodu pokarmowego wywołało w dalszych swych następstwach zmiany chorobowe, między innemi także w uzębieniu. Nieraz należało przyjść do wniosku, że w danym przypadku wytworzył się pewien *circulus vitiosus*.

Przegląd piśmiennictwa.

Münch. mediz. Wochenschr.

Nr. 42. 17. października 1924 r.

B. Ostertag. **Próba szybkiego rozpoznania paraliżu postępującego za pomocą reakcji żelaza i obecność hemosideryny przy innych kiłowych schorzeniach mózgu.** Autor zajmuje się metodą Spatza i Petera różniczkowego szybkiego rozpo-

[8]) Cytow. według Serkowskiego, l. c.

znania anatomicznego między paraliżem postępującym a kiłowem zajęciem opon. Spatz poddaje kawałki kory mózgowej świeżo sekcjonowanego, nieutrwalonego mózgu działaniu siarczanu amonowego i z miejsc zabarwionych, makroskopowo widocznych wykrawuje drobne kawałeczki, które przyciska pod szkiełkiem nakrywkowem. Peter natomiast wykazuje reakcję żelaza w tkance mózgowej wydobytej za pomocą punkcji mózgu, przyczem pozytywny wynik reakcji ma świadczyć za paraliżem post. Autor dochodzi do przekonania, że obie próby nie są dostateczne przy szybkiem rozpoznaniu różniczkowem między paraliżem post. a kiłowem zajęciem opon, ponieważ złogi hemosideryny występujące przy kiłowem zajęciu opon na oponie miękkiej, mogą przejść do badanych części i dać mylne rozpoznanie paraliżu post. Radzi zatem do badania na reakcję żelaza brać kawałki mózgu zamrożone, w godzinę po sekcji.

Nr. 43. 24. października 1924 r.

Schach. **Sero lub chemoterapja w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.** Autor zajmuje się działaniem optochiny w nagminnem zapaleniu opon mózgo rdzeniowych. Do injekcji śródlędźwiowych używa on roztworu: *Optochin. hydrochloric.* 0.02 : 15.0 *Aqu. dest.* Przed injekcją upuszcza 30—40 cm^3 płynu mózgo-rdzeniowego celem zmniejszenia ciśnienia śródczaszkowego. Wstrzykuje tylko wtedy, kiedy ciśnienie jest wzmożone. Częstość nakłuć lędźwiowych z następowemi wstrzykiwaniami zależy od ogólnego stanu chorego. Na podstawie świeżych 7 przypadków, w których stosował leczenie optochiną z pomyślnym wynikiem, dochodzi autor do przekonania, że rokowanie pneumokokowego i meningokokowego zapalenia opon mózgowych przy leczeniu optochiną jest o wiele pomyślniejsze.

Nr. 45. 7 listopada 1924 r.

R. Hösslin. **O leczeniu morfinicy.** Leczenie morfinicy radzi autor przeprowadzać w zakładach zamkniętych pod ścisłym dozorem. Od leczenia wyklucza on morfinistów cierpiących na przewlekłe schorzenia nerek, serca, dusznicę bolesną i t. p.

W pierwszym dniu stosuje autor taką dawkę, jaką chory zażywał, lecz dawkę tę rozdziela na 3 równe części w dniu: rano, w południe i wieczór. Na drugi dzień zmniejsza każdą dawkę do połowy, w następnych dniach zmniejsza stopniowo każdą dawkę wpierw południową, potem ranną a nakoniec wieczorną i w tym też porządku odpadają poszczególne dawki.

W razie objawów abstynencji wprowadza chorego w głęboki sen za pomocą podskórnych wstrzykiwań »*Natr. Luminali*« 5% w śmiałych dawkach po 10 gr. Dawkę tę stosuje parę razy w dniu tak, że w ciągu doby można podać 1·0 do 1·5 *Luminalnatr.* Po odciągnięciu dawek chory powinien jeszcze przez 3—4 tygodnie przebywać w zakładzie, a po opuszczeniu tegoż zgłaszać się co 3 – 4 miesiące na parę dni dla kontroli.

Lissmann. **Zezwolenie na związek małżeński a czynnościowe zaburzenia płciowe«.** Autor dzieli zaburzenia płciowe na organiczne i nerwowe. Do pierwszych zalicza rozwojowe, pozostałości po rzeżączce, schorzenia dróg nerwowych płciowych i toksyczne n. p. alkoholowe, morfinowe i t. p., do drugich natomiast zalicza postacie czysto czynnościowe i psychiczne.

Zezwalanie na związki małżeńskie przy zaburzeniach płciowych uzależnia autor od rodzaju danej wady od stopnia tejże i od rokowania przy leczeniu.

Lützenkirchen. **Dystrophia adiposo-genitalis po psychicznym afekcie.** Autorka przytacza przyp., w którym po ciężkim psychicznym afekcie, a może także na tle konstytucjonalnej dyspozycji rozwinęła się w czasie ciąży otyłość, zanik narządów płciowych z amenorrheą i moczówką prostą, bez zmian w przysadce mózgowej. Z biegiem czasu po opanowaniu psychicznego afektu cofnęła się nie tylko otyłość i moczówka prosta, lecz wróciła czynność jajników, a następowo ciąża i poród.

Gruczoły krwi mają podlegać wegetatywnym ośrodkom międzymózgowia. Nie da się jednak wytłumaczyć, czy affekty wpierw opanowują gruczoły krwi a stąd ośrodki, czy też psychiczne afekty przechodzą od kory mózgowej na odżywczą sferę *hypothalamus* i następowo wyrównują zmiany.

Limanowski (Lwów).

Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie.

Bd. 57.

C. Peter. **O nakłuciu mózgu jako środku pomocniczym klinicznej diagnostyki w neurologji i psychjatrji.** Prócz wskazań czysto leczniczych (wodogłowie, krwiak) wylicza P. wskazania diagnostyczne: guzy mózgowe, gdzie nakłucia z wynikiem dodatnim może rozstrzygać o miejscu ewent. zabiegu chirurgicznego.

Nadto uważa P., że i przy różniczkowem rozpoznaniu pomiędzy paraliżem post. — psychozą w przebiegu wiądu rdzenia lub kiły mózgu oraz pomiędzy nagminnem zapaleniem mózgu a kiłą mózgu, punkcja ta może dać wyjaśnienia. Technika nakłucia łatwa, sam zabieg dla chorego mało niebezpieczny. Opisuje sposób badania histologicznego wydobytego »Recordem« z mózgu materjału.

Ilustruje korzyści zabiegu na 6 przypadkach guzów i 10, gdzie chodziło o rozpoznanie różniczkowe.

Falkiewicz (Lwów).

Acta oto- laryngologica.

Tom 6. zeszyt 3—4.

Von Fieandt. **Leczenie operacyjne zakrzepu żyły szyjnej wewnętrznej.** Autor zebrał 97 przypadków zakrzepu żyły szyjnej wewnętrznej pochodzenia usznego. Leczonych bądź przez podwiązanie żyły z częściowem opróżnieniem zakrzepu lub bez, bądź też przez całkowite odsłonięcie zatoki poprzecznej i żyły — po podwiązaniu jej — i otwarciu ich. Na podstawie wyników swoich badań przychodzi do wniosku, że odsłonięcie i otwarcie zatoki poprzecznej i żyły wewnętrznej daje najlepsze wyniki.

Reidar-Gording. **Kliniczne i doświadczalne badania nad etjologją reumatyzmu stawowego i mięśniowego.** Na 260 przypadków reumatyzmu stawowego i mięśniowego w 93 przypadkach (36%) przyjmuje zakażenie przez migdałki; w 167 przypadkach (64%) migdałki zmian nie okazywały. W pierwszej kategorji w 73% przypadków było do roku 35, w drugiej 67% po 40 r. życia.

Wyłuszczenie migdałków uważa za wskazane w przypadkach niewątpliwych. Na 93 przypadki, gdzie migdałki okazywały zmiany, w 34 zrobił wyłuszczenie, przytem w 22 przypadkach (66%) otrzymał polepszenie. We wszystkich przypadkach operowanych w migdałkach znaleziono gronkowce, prawie bez domieszki innych mianowicie: *Streptococcus haemolyticus* czasem z domieszką *Streptococcus viridans i staphylococcus.*

Autor zwraca uwagę, że i inni znajdowali w migdałkach bardzo często *streptococcus haemolyticus.* Gronkowce, wyhodowane z migdałków, wstrzyknięte do krwi u królików, wywoływały zmiany zapalne w stawach, przyczem w stawach znajdowano zawsze tylko *streptococcus haemolyticus* i w tych przypadkach, w których do krwi wprowadzono obydwa rodzaje gronkowców.

Zalewski (Lwów).

Archives Internat. de Laryngologie, Otologie etc.

T. III. 1924.

Bernard. **Drogi oddechowe górne i gruźlica płuc.** W obszernych wywodach wykazuje autor jak łatwo mogą zmiany w górnych drogach oddechowych dać powód do mylnego rozpoznania zmian płucnych. Trudności rozpoznawcze gruźlicy płuc spowodowane są często przez fakt, że objawy *par excellence* płucne pochodzą od zmian w górnych drogach oddechowych; i tak kaszel, zmiany szmerów pęcherzykowych, stany podgorączkowe, nawet krwioplucie mogą być wywołane przez zapalenie nosa, gardła lub zatok bocznych, zatrzymanie ropy w jamach bocznych nosa, przez ciała obce, lub wreszcie żylaki w górnych drogach oddechowych i mogą nasunąć podejrzenie gruźlicy płuc. O tem powinien internista pamiętać i w przypadkach wątpliwych zasięgnąć rady specjalisty.

Revue de Laryngologie, d' Otologie etc.

Nr. 16 1924.

Escat et Laval. **Łatwość i korzyści operacji bezpośrednio oczodołowej w wielkiej ilości schorzeń odosobnionych lub powikłanych w zatokach bocznych nosa.** Z metod operacyjnych służących do otwierania zatok bocznych nosa uważają autorowie za najlepszą metodę podaną przez Jacques'a i stosują ją z pewnemi odmianami. Znieczulenie miejscowe lub ogólne, cięcie krzywe wzdłuż wewnętrznego brzegu oczodołu, odsunięcie okostnej, odpreparowanie palcem części miękkich gałki ocznej od ściany oczodołowej, przyczem powinien być paznokieć zwrócony na wewnątrz, strona miękka palca ku ścianie kostnej; resekcja kości sitowej; stąd bliski dostęp do wszystkich zatok, zarówno do zatoki czołowej (poprzez dach oczodołu) jakoteż do zatoki klinowej i szczękowej. Autorowie uważają tę metodę za najkrótszą, najprostszą, najpewniejszą i dającą najpewniejsze wyniki kosmetyczne. Również przy operacjach przysadki mózgowej nie ustępuje ta metoda w niczem metodzie Segura-Hirscha.

Nr. 17. 1924.

Liébault. **Sinusites postérieures et Névrites rétrobulbaires.** W przypadkach pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego należy zawsze pamiętać o zatokach tylnych nosa, zwłaszcza, jeżeli badanie ogólne, swoiste (kiła) i neurologiczne (stwardnienie rozsiane) dały wynik ujemny. Schorzenia zatok nosowych w tych przypadkach polegają zazwyczaj na zmianach nieżytowych lub zaburzeniach naczyniowo ruchowych a rzadko tylko mają charakter zakażenia ropnego. Najprawdopodobniej istnieje związek tych schorzeń z zaburzeniami czynności układu współczulnego a przedewszystkiem zwoju klinowo-podniebiennego. Po zabiegu operacyjnym następuje szybko wyleczenie.

Nr. 19. 1924.

Moure. **Wskazania do całkowitego lub częściowego wycięcia krtani.** Autor omawia wskazania do wycięcia częściowego lub całkowitego krtani, a więc zabiegów które dzięki postępom techniki operacyjnej — stały się dziś zabiegami prostemi i nie przedstawiającemi szczególniejszych trudności. W wyjątkowo pomyślnych przypadkach wystarczy same usunięcie nagłośni (*epiglottotomia*). Jeżeli guz jest ograniczony na jednej stronie krtani i nie towarzyszy mu naciek od przodu lub tyłu, wystarcza połowiczne wycięcie krtani (*hemilaryngectomia*); jednak zabieg ten nie nadaje się w przypadkach, w których guz powstał na jednej z chrząstek nalewkowych. Wycięcie zupełne krtani wskazane jest w przypadkach guzów, które powstały we wnętrzu krtani i przekroczyły linję środkową lub też mają punkt wyjścia w okolicy środkowej krtani (n. p. na powierzchni krtaniowej podstawy nagłośni) jednakowoż nie przekroczyły jeszcze granic krtani ani ku górze (wejście do przełyku) ani ku bokom (poprzez chrząstkę). Przypadki raków usadowionych u wejścia do krtani i powstających z zewnątrz krtani należy oddać do leczenia Roentgenem i radem.

Nr. 20.

Canuyt et Labarre. **W sprawie czynności przeciwkrwotocznej promieni X. Studjum kliniczne i lecznicze.** Na podstawie obszernych badań klinicznych i doświadczalnych wykazują autorowie korzystny wpływ promieni X na przyśpieszenie krzepliwości krwi. Autorowie radzą używać promieni X w klinice otolaryngologicznej w przypadkach ciężkich krwawień, których nie można zatamować innemi środkami.

Nr. 21.

Perez. **Zakaźność ozeny.** Na szeregu przykładów stara się autor wykazać, że ozena jest chorobą zakaźną, i że przenosi się z człowieka na człowieka albo z psa na człowieka. Stąd odpowiednie wskazówki: 1) Należy przeszkadzać współżyciu ludzi, zwłaszcza dzieci z psami, 2) należy unikać zażyłego stykania się osób zdrowych z cierpiącemi na ozenę, 3) wskazane jest dokładne badanie mamek i dzieci szkolnych przez specjalistów, ponieważ w początkowych okresach choroba ta daje objawy mało charakterystyczne. Ozena jest wywołana przez *Coccobacillus foetidus ozenae* i da się wyleczyć przez stosowanie szczepionek.

(Jakkolwiek poglądy na etjologję ozeny są jeszcze sporne a nawet większość autorów przeciwną jest teorji zakaźności to jednak wnioski autora co do odosobnienia chorych muszą się spotkać z ogólnem uznaniem).

Spira, jun. (Kraków).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.

r. 1924. z. 2.

Puppe. **Młodociani w więzieniu.** W lipcu b. r. wprowadzono w Niemczech nowe przepisy dotyczące odbywania kar we więzieniach. Pierwsze artykuły nowego rozporządzenia dotyczą młodocianych przestępców i organizacji Zakładów karnych dla nich. W ogólności oddzielanie młodocianych od dorosłych ma być surowo przestrzegane. W odróżnieniu od amerykańskich Reformatory Prisons i angielskiego Borstal-System, zakłady niemieckie mają typ domów kary, kierunek jednak ma być jak i w tamtych wychowawczy, stąd kierownictwo spoczywa w ręku nauczycieli. Celem nadzoru Zakładom przydane są rady złożone najmniej z 3 członków, z których jednego mianuje urząd opieki nad młodzieżą, najmniej zaś jedno miejsce ma być obsadzone przez kobietę. Więźniowie odbywają karę klasami, po 4 miesięcznem dobrem zachowaniu się w najostrzejszej klasie 3, przechodzi więzień do klasy 2, wreszcie po dalszych 4 mies. do kl. 1, korzystając stopniowo z coraz większych udogodnień, a w razie wykroczenia wraca z 1 lub 2 kl. niżej. W zakładach udziela się nauki czytania, pisania i t. d., prócz tego muzyki i gimnastyki, dalej rzemiosła, by wskazać więźniom cel, któryby ich wolę opanował i zachęcił. Władza mianuje w każdym zakładzie jednego urzędnika opiekunem, który opiekuje się więźniami po opuszczeniu przez nich więzienia. Autor spodziewa się jak najlepszych wyników systemu wychowawczego, zwłaszcza u skazanych na dłuższe kary.

Strassmann G. **Zamknięcie dróg oddechowych przy powieszeniu i zadzierżgnięciu.** Przekroje sagittalne przez zwłoki dzieci normalnych, powieszonych, (po śmierci) wzgl. zadzierżgniętych, po uprzedniem zaformalinowaniu wykazały: Przy typowem powieszeniu podstawa języka jest przyciśnięta ku górze i tyłowi do podniebienia i tylnej ściany gardła, podniebienie zaś do tylnej i górnej ściany przestrzeni noso-gardzielowej. Między podstawę języka a tylną ścianę gardła jest wklinowana nagłośnia. Krtań jest przesunięta ku górze i tyłowi, zbliżona do kręgosłupa. Analogiczny jest mechanizm zamknięcia dróg oddechowych przy powieszeniu atypowem, gdy pętla znajduje się przy uchu, a głowa skręcona jest ku stronie. Krtań jednak w tym przypadku jest nieco w bok przesunięta i wyciągnięta z powodu zgięcia głowy. Przy powieszeniu atypowem, gdy pętla znajduje się na brodzie, części miękkie szyji, kręgosłup szyjny i gardło są skutkiem przegięcia głowy przyciśnięte do krtani i języka, utrudniając przez to dostęp powietrza. Przy zadzierżgnięciu, gdy pętla przechodzi przez górną część tchawicy, utrudnienie dostępu powietrza jest wynikiem bezpośredniego zacisku.

Goroncy C. **Zdolność działania przy postrzałach w głowę.** Zasadniczem pytaniem przy każdym postrzale w głowę, jest kwestja, czy utrata przytomności nastąpiła natychmiastowo, czy też nie. Utrata przytomności jest następstwem: 1) bezpośredniego uderzenia pocisku, skutkiem wstrząśnienia czaszki i jej zawartości w całości, 2) działania ubocznego pocisku i 3) nagłego wzmożenia ucisku śródczaszkowego. Bezprzytomność może być w szeregu przypadków objawem ogniskowym rdzenia przedłużonego lub szarego spoidła dna III. komory, przy najdrobniejszych nawet obrażeniach tych miejsc. Przy utracie przytomności lub bardzo znacznem zamąceniu tejże mogą być wykonane tylko krótkie automatyczne ruchy. O ile zniszczone są konieczne dla życia części mózgu, dalej ośrodki ruchu i ich drogi, to zdolność ruchu jest natychmiast zniesioną w całości, względnie w zaopatrywanym obszarze. Mimo, że utrata przytomności nastąpiła natychmiastowo, obraz anatomiczny może być negatywny, w większości jednak przypadków wskazują na to złamania czaszki, różnie umiejscowione ogniska urazowe, krwotoki, wybroczynki na dnie komory 4 i 3. Poza sekcją zwłok należy uwzględnić zawsze okoliczności, zwłaszcza kwestje techniczne rodzaju i jakości broni i pocisku.

Würz P. **Zatrucia preparatami baru przy badaniach Roentgenologicznych.** Skutkiem omyłki droguisty wydano 53-letniemu M. zamiast siarkanu »*Barium sulfuricum*« do irygacji barowej, rozpuszczalny siarczek »*Barium sulfuratum*«. Nastąpiło to skutkiem mylnej interpretacji kartki (nie recepty) wystawionej przez lekarza z napisem »*Bariumsulfat f. med. Zwecke*«. Po irygacji 125 gr. siarczku baru w $1^1/_2$ l. wody, zachorował M. wśród typowych objawów zatrucia barem) bóle brzucha, biegunki, nudności, objawy porażenia typu wstępnującego, pod koniec arytmia, przytomność zachowana). Po $2^1/_2$ godz. śmierć. Sekcja wykazała silne przekrwienie narządów wewnętrznych, wybroczyny w żołądku, pęcherzu moczowym i jelitach. W jelicie grubem a zwłaszcza w *Colon descendens* i esicy, gdzie wśród treści leżały grudki użytego środka, stan zapalny jako wynik działania żrącego siarczku baru. Chemicznie wykazano bar w jelitach, nerkach, wątrobie i płucach. W obrazie mikroskopowym: Struktura wątroby nieco zatarta, poszczególne ogniska nekrotyczne, komórki wątroby nacieczone kulkami tłuszczu, wyjaśnienie plasmy oraz zmiany w jądrach, podobne do infiltracji glikogenowej. W nerkach stwierdzono zmiany wsteczne przybłonków w postaci pęcznienia, złuszczania i nekrotyzacji, dalej zakrzepy w naczyniach, z charakterystycznemi, czarnemi ziarenkami. U zwierząt doświadczalnie zatruwanych, zmiany były podobne, lecz mniej nasilone, gdyż padały one w bardzo krótkim czasie (do 59 min.).

r. 1924. z. 3.

Klieneberger O. **Proces o obrazę czci na tle orzeczenia lekarskiego** Z powodu orzeczenia lekarskiego wydanego w procesie pewnego żołnierza o przyznanie mu renty inwalidzkiej, adwokat N. ponieważ orzeczenie to było dla jego klijenta niepomyślne, starał się obalić je pseudonaukową repliką. Mimo przegrania procesu, wnosił żołnierz ów wciąż nowe podania o ponowną rozprawę, czerpiąc motywy z wywodu adwokata, aż sąd polecił autorowi wydać dodatkowe orzeczenie W tem nowem orzeczeniu autor oświadczył, iż żołnierz ów jest w pożądaniu renty na najlepszej drodze do psychozy pieniaczej, a źródłem tego jest otoczenie a nawet doradca prawny, którego pseudonaukowy wywód jest również z tego względu niebezpieczny, iż umacnia żołnierza w przekonaniu słuszności jego żądań. Adwokat N. uczuł się posądzeniem o podniecanie żądzy renty u swego klijenta i określeniem »niebezpieczny« dotknięty, i wniósł skargę o obrazę czci. Autor bronił się sam, przeprowadził dowód prawdy, podnosząc przytem, iż jako lekarz obowiązany był usunąć przyczynę choroby, a jako świadek wyjawić swe przekonanie (§ 193 U. K. niem.), został uwolnionym we wszystkich instancjach, mimo rekursów adwokata, korzystając głównie z ochrony § 193 U. K. n. a w ostatniej rozprawie i z § 199 z powodu użycia przez oskarżyciela słów obraźliwych.

Brandstätter J. i Kisser F. **Przyczynek do kwestji samobójstw.** Dalsze potwierdzenie na podstawie statystyki szpitala im. ces. Elżbiety (Wiedeń), znanych spostrzeżeń co do związku zboczeń konstytucyjnych ustroju z samobójstwami oraz wpływów atmosferycznych, Co do wieku, na 2 i 3 dziesiątek lat u obu płci przypada największa ilość samobójstw. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzano hyperplasję narządu limfatycznego, w większości wyraźne cechy niedorozwoju, grasicę zachowaną, dalej dość często wielki ciężar mózgu, zrosty opony twardej z kością oraz wyciski palczaste, co tłumaczy spostrzeżenie Gatschera, odnośnie do skłonności samobójców do reakcji mózgowych. Co do wpływów atmosferycznych, największa ilość samobójstw przypada na dnie o silnych wahaniach barometrycznych i wysokiem ciśnieniu, oraz na dnie słoneczne i suche, a więc we Wiedniu w miesiącach najpogodniejszych, w maju jako najsuchszym i październiku, jako miesiącu o średniem najwyższem ciśnieniu.

Hellstern E. **Przyczynek do kwestji samouszkodzeń ze szczególnem uwzględnieniem tychże u więźniów.** Częste nagół we więzieniach samouszkodzenia przybierają niekiedy charakter epidemji. Najczęstsze są obrażenia chirurgiczne, rzadziej lecz dość często są sztucznie wywoływane zmiany skórne, dalej chorby wewnętrzne, które często są tylko naśladowane, podobnie jak choroby umysłowe, wreszcie zapalenia spojówek i choroby weneryczne. Postępować winno się w tych wypadkach bezwzględnie i energicznie, a nawet wdrożyć postępowanie sądowe o rozmyślne uchylanie się od kary. Więźniowie dopuszczający się samouszkodzeń są psychicznie normalni, może o pewnej duchowej chwiejności, niepowściągliwi, jednak za czyny swe odpowiedzialni. Podnietą jest zawsze osiągnięcie pewnych korzyści: uchylenie się od pracy, wygodne życie w szpitalu, a głównie łatwiejsza sposobność ucieczki stamtąd.

Olbrycht J. **Z kazuistyki rzadkich otruć.**

I. Sześć przypadków zbrodniczego zatrucia solami baru.

Praca drukowana w ogólnym zarysie w »Polskiej Gazecie lekarskiej« Nr. 8 z r. 1923, wzbogacona 2-ma nowemi przypadkami śmiertelnego zatrucia: w jednym 28-letnia Marja W. dosypała swemu mężowi do powidlanki trutki na szczury »Kaps« ($BaCO_3$), w drugim córka zatruła swą 76-letnią matkę również trutką na szczury. W obu przypadkach stwierdzono chemicznie obecność baru. Obraz kliniczny i sekcyjny analogiczny do szczegółowo opisanych zatruć w Nr. 8.

II. Zbrodnicze zatrucie ziarnkami lulka.

Gumienny W. w celu zemsty na rodzinie K. zajętej w tem gospodarstwie, dosypał do gotującego się mleka z krupami $^1/_8$ l ziarn lulka. Przed obiadem 3 osoby z rodziny K. zjadły nieco tych krup z mlekiem, i w krótkim czasie zachorowały wśród objawów ogólnego osłabienia; rozszerzenia źrenic, zaczerwienienia twarzy, suchości i drapania w gardle, sztywności języka, obrzmienia rąk. U najmłodszej zatrutej 2-letniej dziewczynki wystąpiły prócz tego nieprzytomność, wytrzeszcz oczu i drgawki. Przywołany felczer podał środki wymiotne i czyszczące, następnego dnia nastąpiło wyzdrowienie. Najmłodsza dziewczynka popadła po wymiotach w głęboki 2-godzinny sen, 2 starsze osoby nie były senne. Jest to piąty przypadek zbrodniczego zatrucia lulkiem opisany w piśmiennictwie.

III. Rzadki przypadek otrucia kwaśnym szczawianem potasu.

Drukowane w oryginale w numerze 24 z r. 1923 »Polskiej Gazety lekarskiej«.

Fog J. **Porody w ustępach jadących pociągów.** Z zestawionych 4 przypadków (2 własne, 2 z piśmiennictwa) wynika, iż poród w ustępie jadącego pociągu wyjątkowo tylko bywa wykorzystany w celu zatajenia, i tylko wówczas, gdy odbywa się szybko jako poród uliczny. W jednym z tych przypadków miało miejsce dzieciobójstwo, w dwu matki zachowały się biernie, tak że dziecko samo wypadło przez rurę ustępu, w jednym zaś matka zamężna wieloródka, nie wiedziała wogóle o odbytym porodzie, który się odbył bez bólów. Los noworodków ukształtował się bardzo pomyślnie: dwoje mimo upadku ze znacznej wysokości na twarde podłoże, wśród chyżości pociągu 45 km. na godzinę, wyszło wogóle bez szwanku, jeden zmarł po 6 godzinach, jeden zaś okazywał przy sekcji ślady gwałtu zadanego mu przez matkę za życia. Jako ślad ślizgania się po torze, stwierdzono u wszystkich 4 noworodków poprzeczne zdrapania na plecach i pośladkach. Siłę upadku nieco powstrzymywało tarcie o ściany leja ustępu, opór pępowiny i zahaczanie się ciała dziecka o hamulec i oś wozu; kierunek upadku daje wypadkowa ruchu pociągu i wysokości, przyczem gładkość miejsca i ruch pociągu poprawiają prognozę, siła upadku rozkłada się i dziecko ślizga się lub toczy ku przodowi. Autor eksperymentował na nieżywych noworodkach, opuszczając je z wysokości $1^1/_2$ m. prostopadle na ziemię — przyczem czaszka okazała się niezwykle wytrzymałą na upadek z wysokości. Również zimno noworodki znoszą dobrze, w jednym z przytoczonych przypadków leżało dziecko przez $^1/_2$ godz. w ciepłocie 9° C. zupełnie bez szkody dla zdrowia.

Tobiczyk (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 26. listopada 1924.

Przewodniczy prof. Majewski.

Obecnych 140 członków.

Przewodniczący zawiadamia o serdecznem podziękowaniu, jakie nadesłał kol. Sterling w odpowiedzi na przesłane mu z powodu jubileuszu życzenia.

1. Kol. Przeworski z kliniki laryngologicznej U. J. prof. Baurowicza: przedstawia chorego z **ropniem mózgu** płatu skroniowego lewego, prawdopodobnie podwójnym, pochodzenia usznego. Chorego przywieziono 13. IX. 1924. wśród ciężkich objawów mózgowych, przyczem nakłucie lędźwiowe rozstrzygło o rozpoznaniu w kierunku ropnia mózgowego. Przy operacji radykalnej stwierdzono masy perlakowate; dla pewności odsłonięto zatokę, jednak zmian nie okazywała; opona twarda zaś odsłonięta na przestrzeni 2 złotówki była tylko nastrzykaną. Przy punkcji natrafiono na ropień, po którego nacięciu wylało się około 150 cm^3 ropy rzadkiej, brudnej, cuchnącej. W 5 dni po zabiegu nagłe pogorszenie, przy dokładnej rewizji rany ropy nie znaleziono, za to na 2-gi dzień wylało się około 2 łyżek stołowych ropy. Ze względu na dokładną rewizję rany i obfitość ropy przypuszcza Przeworski istnienie drugiego ropnia, który się otworzył do jamy ropnia poprzednio otwartego, nie będąc jednak w możliwości wykluczenia ropnia retencyjnego. Od tego czasu chory ma się coraz lepiej. W dniu pokazu rana operacyjna jest zupełnie zagojona. Z objawów centralnych pozostała lekka hemipareza prawostronna.

W dyskusji kol. Spira pyta, na podstawie jakich objawów rozpoznał mówca przed operacją ropnia mózgu, następnie dlaczego przyjął mało prawdopodobne rozpoznanie drugiego ropnia mózgu, któryby miał przebić do pierwszego — zamiast uznać, że chodziło o zatrzymanie się ropy w ropniu. Zaznacza również, że jasny płyn mózgowo-rdzeniowy nie jest dowodem istnienia ropnia mózgu i że przytoczony zespół objawów mógłby być wywołany także przez inne sprawy, n. p. przez ropień pozaoponowy. Dlatego postawienie rozpoznania ropnia przed operacją nie było usprawiedliwione. Co zaś do sprawy drugiego ropnia, to trudno jest pogodzić się z mówcą, bo fakt, że przy rewizji rany ropy nie znaleziono, niczego nie dowodzi. Znanem jest bowiem, że ściany ropnia mózgowego tworzą masę miękką, często galaretowatą i że ściany te bardzo łatwo się zapadają, a nawet częściowo sklejają się ze sobą i wywołują w ten sposób zatrzymanie się ropy. — Cały przebieg choroby, doskonałe samopoczucie chorego po zabiegu, brak senności, z drugiej zaś strony nagłe wystąpienie ciężkich objawów meningealnych — wszystko to przemawia za tem, że chodzi tu o zupełnie typowe zatrzymanie się ropy w ropniu.

W dyskusji przemawiał ponadto kol. Borkowski.

2. Kol. Rose wygłasza odczyt p. t. **»O obecnej epidemji czkawki w Krakowie i jej stosunku do ciała prążkowanego«**. Od dnia 6. XI. spostrzegał mówca 18 przypadków czkawki. Cierpienie rozpoczyna się stale ciepłotą 37·2—38°. Wszyscy chorzy bez wyjątku dostali czkawki w przebiegu lub też po przebyciu ostrego nieżytu górnych dróg oddechowych. Czkawka trwa przeważnie w dzień i w nocy, chorzy nie mogą wskutek niej zasnąć, lub też budzą się często ze snu. Po kilku godzinach występują wskutek przemęczenia bóle głowy i klatki piersiowej. W przeważnej ilości przypadków czkawka była prawie jedynym objawem chorobowym. W 2 przypadkach po ustaniu czkawki pozostała u chorych senność, tak, że usypiają nawet w ciągu dnia, gdy tylko wygodniej usiędą. W 1 przypadku po 3 dniowem trwaniu czkawki, wystąpiła ciepłota do 38.5°, bezsenność, zwidywania, podrzucanie prawą ręką. Pozatem obserwował też mówca w ostatnich dniach jeden przypadek typowego nagminnego zapalenia mózgu bez czkawki. Czkawka dotyczy dotychczas w krakowskiej epidemji wyłącznie mężczyzn, podobnie zresztą, jakto było w czasie epidemji czkawki w Petersburgu w zimie 1922/23. Wśród wszystkich przypadków nie można było wykryć zakażenia jednej osoby od drugiej. Mówca przedstawia przyczyny czkawki w ogólności i dochodzi do wniosku, że w krakowskiej epidemji czkawka powstała na tle stanu zapalnego odnośnych ośrodków w jądrach podstawowych mózgu. Świadczą za tem powstawanie czkawki tuż po przebyciu lub w przebiegu nieżytu górnych dróg oddechowych, podniesienie ciepłoty ciała, wystąpienie w 2 przypadkach śpiączki już po ustaniu czkawki, dołączenie się w jednym przypadku do czkawki innych typowych objawów nagminnego zapalenia mózgu, równoczesne wystąpienie typowego nagminnego zapalenia mózgu bez czkawki (w jednym przypadku), brak usposobienia neuropatycznego u danych chorych i wszelkich innych objawów histerji, brak wreszcie podstaw dla przyjęcia infekcji psychicznej. Mówca powołuje się na fakt, że znane są już obrazy sekcyjne przy czkawce, gdzie wykazano między innemi zmiany zapalne w obrębie substantia nigra (Ducamp, Pierre, Kahn, Clerc). Nie bez znaczenia jest fakt, że czkawka znana jest już jako objaw ogniskowy przy schorzeniach mózgu i rdzenia (*syryngomyelia, tabes dorsalis*); Lehman opisał przypadek czkawki, jako pozostałości po nagminnem zapaleniu mózgu, trwającem przez 2 lata, przyczem resekcja obu nerwów przeponowych nie odniosła żadnego skutku. Czkawka powstaje wskutek klonicznego skurczu przepony. Ponieważ głośnia równocześnie się nierozwiera, powstaje typowy głośny wdech wskutek wpadania powietrza przez wązką głośnię. Przepona zaopatrywana jest ruchowo podwójnie: 1) piramidowo i 2) pozapiramidowo. Unerwienie piramidowe wiedzie przez nerw przeponowy, który, biorąc swój początek przeważnie w IV, a częściowo w III. i IV. odcinku rdzenia szyjnego, uchodzi w przeponę. Unerwienie pozapiramidowe nie jest narazie dokładnie opisane. Znamy jednak szereg szczegółów anatomicznych, które na takie unerwienie niewątpliwie wskazują: 1) nerw przeponowy odbiera w swym przebiegu gałązki z współczulnych zwojów szyjnych; 2) w obrębie przepony napotykamy liczne małe zwoje współczulne; 3) gałązki nerwu przeponowego biorą wspólnie z gałązkami *plexus coeliacus* udział w tworzeniu *ganglion phrenicum*, znajdującego się pod przeponą. Jeżeli dodamy do powyższych faktów zupełnie pewny szczegół kliniczny, że obustronne przecięcie nerwu przeponowego nie usuwa czkawki, powstałej po przebyciu nagminnego zapalenia mózgu (Lehman), to musimy we wspomnianych ośrodkach i drogach współczulnych upatrywać mechanizm ruchowy pozapiramidowy, który, niezależnie od mechanizmu piramidowego, wywoływać może skurcze przepony. Tą też drogą dochodzi prawdopodobnie do klonicznych ruchów przepony w przebiegu czkawki epidemicznej.

Czy ośrodka wspomnianych ruchów przepony szukać należy w *substantia nigra*, czy też w innej części jąder podstawowych narazie określić nie można. Obecną epidemję czkawki uważa mówca za lekką (poronną) postać *encephalitis epidemica*. Nie brak jest jednak przypadków, w których obok czkawki występują i inne objawy nagminnego zapalenia mózgu. Leczenie czkawki powinno być takie same, jak przy nagminnem zapaleniu mózgu. Chorym wymęczonym czkawką można przynieść nawet kilka godzin trwającą ulgę w ten sposób, że wzywa się ich do dowolnego wywołania czkawki. Gdy chory stara się usilnie dowolnie czkawkę wywołać, czkawka ustaje przeważnie na krótszy lub dłuższy czas, nawet w ciężkich przypadkach. Objaw ten tłumaczyć sobie należy w ten sposób, że wprawienie w stan czynnościowy układu piramidowego odnoszącego się do danego mięśnia, tamuje chwilowo ruchy, powstałe w tym mięśniu drogą układu pozapiramidowego. Dzieje się to także przy drżeniu parkinsonowskiem, które przeważnie ustaje na chwilę, gdy chory wykonuje danemi mięśniami ruch dowolny (piramidowy). Mówca omawia wreszcie anatomję porównawczą ciała prążkowanego i opisuje jego przypuszczalną funkcję.

W dyskusji: kol. Hirsch zauważa, że spostrzegał kilka podobnych przypadków. Nie spostrzegał śpiączki po czkawce, gorączki, ani zadrażnień górnych dróg oddechowych. Pyta, czy niema związku między śpiączką — a nadmiernem spożywaniem przez niektórych osobników orzeszków amerykańskich. Kol. Biernacki ma w obserwacji przypadek czkawki u młodej kobiety, wystąpiło u niej podwyższenie ciepłoty do 37.7, bóle głowy, wymioty, wzmożenie odruchów. W 3 dni wystąpiła czkawka, która szybko ustąpiła. Bóle głowy się utrzymują. Przez cały czas bezsenność. W tej samej rodzinie zachorował niemal równocześnie mężczyzna. Pojawiła się u niego czkawka bez żadnych innych objawów.

W dalszej **dyskusji** przemawiali również kol. Schwarzbart, Blassberg i mówca, który zaznaczył, że orzeszki amerykańskie mogły wywołać czkawkę, ale na innem tle. Przypadek kol. Biernackiego uważa za bardzo rzadki. Ze środków leczniczych najlepsza morfina. Pomaga też bardzo często psychoterapja.

3. Kol. Latkowski i kol. Siedlecki wygłaszają odczyt p. t. **»Przemiana gazowa i jej znaczenie kliniczne** (Obie rzeczy przeznaczone do druku).

W ożywionej **dyskusji** przemawiali kol.: doc. Glatzl, Schwarzbart, Kanlbersz i Latkowski.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 24 października 1924.

Przewodniczy kol. Wrześniowski.

Załatwiono szereg spraw bieżących. Uchwalono:

1) wziąć udział w obchodzie 35-lecia pracy lekarskiej i społecznej S. Sterlinga, nadając mu godność członka honorowego Towarzystwa; jako przedstawiciele Towarzystwa delegowani zostali kol. Edw. Kohn, Rożkowski, Bram i Szaniawski;

2) obchodzić uroczyście w maju 1926 r. 25-lecie Tow. lekarskiego, zbierać na ten cel składki miesięczne; do Komitetu Jubileuszowego powołano kolegów: Wasilewskiego, Boguckiego, Brama, Szaniawskiego i Szwedowskiego;

3) odbywać posiedzenia kliniczne w Szpitalach 1—2 razy w każdym miesiącu;

4) nabyć dla bibljoteki Towarzystwa wszystkie książki lekarskie, wydane od czasu wojny.

5) Kol. Konar pokazał 2 chorych z rozpoznanym **wrzodem dwunastnicy**; założył im odpowiedni zgłębnik i wyjaśnił technikę zabiegu.

6) Kol. B r a m pokazał szereg **rentgenogramów gruźlicy kostnej**, podając wskazówki rozpoznawcze w tej sprawie. Odwapnienie kości pozwala, zdaniem mówcy, rozpoznawać gruźlicę w okresie początkowym.

W dyskusji kol. W r z e ś n i o w s k i zaznacza, że odwapnienie kości następuje zwykle jako skutek bezczynności danej kończyny. Mówca wyjaśnia, że odwapnienie kości wskutek bezczynności jest rozlane, tymczasem odwapnienie gruźlicze jest wyraźnie odgraniczone od prawidłowej kości.

U r o c z y s t e p o s i e d z e n i e w dniu 31 października 1924 ku uczczeniu Henryka Sienkiewicza.

Posiedzenie zagaił przemówieniem kol. R o ż k o w s k i, następnie prof. gimnazjum P a z u r k i e w i c z wygłosił odczyt: **„O twórczości Sienkiewicza“.**

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 22 listopada 1924. Przewodniczy kol. R o ż k o w s k i.

Po załatwieniu spraw bieżących odczytano list Jubilata S. S t e r l i n g a z powodu mianowania go członkiem honorowym Towarzystwa.

1. Kol. B r a m pokazał dwie chore **ze znacznie powiększonemi gruczołami na szyi**, skutecznie leczone naświetlaniem rentgenem.

2. Kol. K o n a r wygłosił odczyt: **„O zgłębnikowaniu dwunastnicy“.** Mówca omówił szczegółowo metodykę badania, uwzględniającą własności ogólne treści dwunastnicowej, własności chemiczne, biologiczne, cyto- i bakterjologiczne. W djagnostyce lekarskiej metoda ta odegrać może poważną rolę w patologji wątroby, trzustki i przedewszystkiem, dwunastnicy następnie w chorobach ogólnych i w pedjatrji. W patologji wątroby ważną pomocniczą rolę odgrywa próba Meltzer-Ziona z 25% rozczynem siarczanu magnezu i próba Stepa z 5% rozczynem peptonu. Próby te pozwalają zorjentować się łatwiej w poszczególnych schorzeniach dróg żółciowych; zasługuje również na uwagę próba Hatrieganu z wstrzykiwaniem domięśniowem indigo-karminu i określeniem czasu wydalania tego barwika przez wątrobę. W schorzeniach trzustki zgłębnikowanie dwunastnicy może mieć znaczenie tylko w sprawach, dotyczących główki trzustki. Oto 4 możliwości rozpoznawcze, podane przez Cachot'ea i Gaehlingera: 1) brak żółci w treści dwunastnicy z równoczesnym brakiem zaczynów trzustkowych bez domieszki krwi wskazywać może na schorzenie wspólne przewodu żółciowego i Wirsunga, nieprzechodzące na błonę śluzową kiszki, jestto najczęściej złośliwy guz główki trzustki; 2) zatrzymanie żółci i zaczynów trzustkowych z domieszką krwi przemawia za schorzeniem przewodów żółciowo-trzustkowych i dwunastnicy (guz w okolicy brodawki Vatera; 3) zatrzymanie żółci bez zatrzymania zaczynów trzustkowych przemawia za uciskiem przewodu żółciowego (kamień, nowotwór, zrosty); 4) zatrzymanie zaczynów trzustkowych bez zatrzymania żółci przemawia za guzem główki trzustki, nieobejmującym jeszcze przewodu żółciowego. W leczeniu zgłębnikowanie dwunastnicy odgrywa już poważną rolę w leczeniu wrzodu peptycznego żołądka (odżywianie przez zgłębnik); schorzenia przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i dwunastnicy dają się leczyć przez przepłukiwania, wkraplania środków antyseptycznych lub metodą Meltzer-Ziona (drenowanie), w zakończeniu na podstawie własnych; 5) spostrzeżeń klinicznych zaleca mówca oględność w wnioskowaniu z wyników badania treści dwunastnicowej (streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy: Bram, Rożkowski i Szaniawski. Kol. B r a m podnosi wartość nowej metody, jako pomocniczej przy rentgenodjagnostyce chorób dwunastnicy. Kol. R o ż k o w s k i przypomina prace polskie Landau'a, Rząśnickiego, Robina, opisuje zwięźle wyniki badań Szoura nad zawartością w treści dwunastnicy urobilinogenu i białka, podkreśla ważne znaczenie nowych badań w tak zw. żółtaczce nieżytowej, która w większości przypadków powstaje wskutek zapalenia przewodów żółciowych, a nie wskutek zatkania, jak dotąd sądzono (Klejn). Kol. R o ż k o w s k i podziela zdanie mówcy i zaleca również ostrożność w wysnuwaniu wniosków na podstawie badania chemiczno-morfologicznego o zawartości dwunastnicy, w zakończeniu nadmienia, że autorzy francuscy stwierdzili w tej zawartości obecność laseczników Kocha przy gruźlicy zamkniętej i braku plwociny. Kol. S z a n i a w s k i przypomina badania Mikułowskiego, który zaleca badania kału u dzieci na laseczniki gruźlicze.

K. Łokczewski, sekretarz.

XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich (12—16 lipca 1925).

S e k c j a m e d y c y n y w e w n ę t r z n e j i b a l n e o l o g j i.

VI. Zjazd internistów polskich odbędzie się w Warszawie jednocześnie z XII. Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich jako sekcja tego zjazdu.

Tematy główne: I. Choroba Brighta. Referenci: M. F r a n k e (Lwów) i A. L a n d a u (Warszawa).

2. Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną). Referenci: Wł. J a n o w s k i i A. L e ś n i o w s k i (Warszawa).

Zgłaszający wykłady i referaty winni wraz ze zgłoszeniami nadsyłać krótkie w y r a ź n i e n a p i s a n e ich streszczenia bez których referaty nie będą przyjmowane. Referat może trwać najdłużej 15 minut, przemówienie w dyskusji 5 minut. Ostatni termin zgłoszeń do 15 maja. Adres: Żelazna 4. Szpital Dzieciątka Jezus, lekarz naczelny A. P u ł a w s k i.

S e k c j a r a k o w a.

Na XII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie czynną będzie sekcja rakowa. Zgłoszenia referatów należy przesyłać pod adresem: dr. Bronisław W e j n e r t, Warszawa, Marszałkowska 55.

IV. Ogólnokrajowy Zjazd lekarzy i działaczów sanitarnych miejskich.

Zjazd w sprawie gruźlicy.

Czwarty ogólno-krajowy Zjazd lekarzy i działaczów sanitarnych miejskich odbyć się ma w tym roku w Krakowie (pierwszy odbył się w Warszawie, drugi w Poznaniu, trzeci w Łucku). W tym roku ma być również zwołany wszechpolski Zjazd w sprawie walki z gruźlicą. Organizatorzy obydwóch zjazdów zdecydowali, aby zjazdy te odbyły się w jednem mieście, bezpośrednio jeden po drugim. W tym celu jeneralny dyrektor służby zdrowia Dr. Wroczyński, prezes Związku przeciwgruźliczego, oraz prezes komitetu wykonawczego Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich dr. Bogucki, udali się do Krakowa, gdzie odbyła się konferencja z udziałem b. prezesa ministrów prof. Nowaka, b. ministra zdrowia prof. Janiszewskiego, prof. Witolda Orłowskiego i innych. Po omówieniu spraw technicznych, powołano wspólny komitet wykonawczy obydwóch zjazdów z prezesem prof. Orłowskim na czele.

Na drugim zjeździe wygłoszone będą dwa referaty o charakterze naukowym i dwa o charakterze społecznym. Głównym przedmiotem obrad pierwszego będzie walka ze śmiertelnością wśród niemowląt i dzieci, oraz higjena szkolna.

I. Zjazd przeciwgruźliczy i IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Krakowie.

Wspólny Komitet organizacyjny obu Zjazdów zawiadamia:

1) I. Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925 r.

2) IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich odbędzie się w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925 r.

3) Terminy obu Zjazdów obrano, jak wyżej, ażeby uczestnikom dać możność wzięcia udziału w obu zjazdach, mających zasadniczo pokrewne cele.

4) Dla Zjazdu przeciwgruźliczego ustalono następujące tematy główne: a) Klasyfikacja gruźlicy. b) Leczenie gruźlicy swoiste i chirurgiczne. c) Zasady społecznej walki z gruźlicą w Polsce. d) Znaczenie społeczne przychodni w walce z gruźlicą.

5) Dla Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich tematy główne: a) Krótki zarys przebiegu ważniejszych spraw na ubiegłych zjazdach. b) Organizacja pomocy lekarskiej i organizacja służby zdrowia danej dzielnicy. c) Sprawa organizacyj sanitarnych w oświetleniu budżetów miast i sejmików w r. 1924 i 1925. d) Opieka nad dzieckiem i matką oraz walka ze śmiertelnością niemowląt i dzieci z uwzględnieniem potrzeb higjeny szkolnej.

6) Nazwiska referentów głównych będą niebawem podane do wiadomości.

Komitet zjazdów zaprasza wszystkie Instytucje i Stowarzyszenia lekarskie, Instytucje, zajmujące się stosunkami zdrowotnemi, oraz wszystkich lekarzy do wzięcia jak najliczniejszego udziału w obu zjazdach, mających za cel omówienie tak piekących spraw natury ogólno-społecznej, oraz do licznego zgłaszania referatów. Treść referatów musi się ściśle stosować do wyżej podanych tematów głównych. Czas wyznaczony dla wygłoszenia referatu głównego nie może przekroczyć 45 minut, dla referatu uzupełniającego 15 minut.

Uprasza się o zgłaszanie referatów i nadsyłanie ich streszczeń wraz z wnioskami pod adresem Sekretarjatu komitetu: Kraków, Magistrat, Miejski Urząd zdrowia, najpóźniej do dnia 1. kwietnia 1925.

Wkładka uczestnika wynosi dla każdego zjazdu po 10 zł. Nadsyłać wkładkę należy pod adresem skarbnika komitetu Dra Józefa Owsińskiego, Kraków, Magistrat. Miejski Urząd zdrowia.

Do dnia 15 kwietnia 1925 r. przyjmuje skarbnik komitetu Dr. Józef Owsiński zgłoszenia o zapewnienie mieszkań na czas zjazdów.

Dalsze szczegóły, tyczące się obydwu zjazdów, będą wkrótce ogłoszone.

Komitet Organizacyjny ścisły:

Prezes: Prof. Dr. Witold Orłowski, — Wiceprezes: Doc. Dr Tomasz Janiszewski — sekretarze: Doc. Dr. Tadeusz Tempka,

Dr. Jakób Weinsberg — skarbnik; Dr. Józef Owsiński. — Członkowie: Inż. Andrzej Kłeczek, Dr Walery Momidłowski, Dr. Stanisław Zamorski, Dr. Henryk Zawistowski.

Międzynarodowy Zjazd Medycyny i farmacji wojskowej w Paryżu.

Na międzynarodowym Zjeździe Medycyny i farmacji Wojskowej w Paryżu po raz pierwszy powierzono Polsce programowy referat na temat: »Dobór rekruta«. Referat został opracowany w zasadniczej części przez Naczelnika Wydz. 3. Dep. san. pułk. lek. dra Marcjana Zienkiewicza i dopełniony przeglądem literatury zagranicznej przedmiotu przez prof. Rabczewskiego. Uzupełnieniem pracy będzie drugi referat, wygłoszony przez komendanta szpitala okręgowego pułk. Rudzkiego na temat »Gruźlica w wojsku«. Delegacja polska w składzie 3 osób wyjedzie na Kongres pod przewodnictwem jen. Sławoja Składkowskiego.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska warszawsko-białostocka.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, wybrany na posiedzeniu Rady w dniu 14. XII. 1924 r., ukonstytuował się w następujący sposób:

Dr. Przyborowski — przewodniczący, dr. Jakowicki, dr. Osiński wiceprzewodniczący, dr. Sochacki pisarz, dr. Kasperowiczowa — skarbnik, dr. Zelisławski — referent do spraw sądowych, rozstrzyganych przez Zarząd Izby, członkowie Zarządu: dr. Kwaśniewski, dr. Lewin, dr. Mutermilch, zastępcy drzy: Durczyński, Filipowicz, Kowalczewski, Mossakowski, Offenberg, Podkóliński, Śmiechowski, Wojnówna i Zamenhof.

Izba lekarska Lubelska

Posiedzenie Rady Izby w dniu 6. stycznia 1925.

Obrady otworzył Naczelnik Izby Dr. J. Modrzewski przy obecności 22 członków Rady. Zaproponowany przez Wydział Wykonawczy porządek dzienny obrad został przyjęty przez Radę bez nagłych wniosków. Pamięć 5-ciu zmarłych członków Izby Rada uczciła przez powstanie.

1. Pisarz Dr. K. Jaworski odczytał protokół poprzedniego posiedzenia Rady, który został przyjęty z poprawką dra Wąsowskiego.

2. Pisarz odczytał szczegółowe sprawozdanie z działalności Zarządu Izby za rok 1934, które Rada przyjęła bez dyskusji i interpelacji.

3. Zostało odczytane sprawozdanie z działalności Sądu I. L. L., nadesłane przez prezesa tego Sądu dra Krysińskiego.

4. Skarbnik dr. Płaczkiewicz złożył sprawozdanie kasowe, podkreślając w niem zaleganie wielu członków z składkami.

5. Dr. Domański Czesław, członek Komisji rewizyjnej, odczytał protokół tej Komisji oraz wnioski, tyczące się drobnych zmian w prowadzeniu ksiąg kasowych. Wpływy w roku 1924 wynosiły 4.245 Zł 92 gr. Wydatki 1.747 Zł 7 gr, saldo 2.498 Zł 85 gr.

Rada przyjęła do wiadomości protokół Komisji rewizyjnej oraz aprobowała wnioski tejże; zalegające składki poleciła Zarządowi ściągać, zgodnie z art. 44 Ustawy o Izbach, tj. drogą administracyjną.

Ze sprawozdania Pisarza i Skarbnika wyłoniła się sprawa nieprzestrzegania przepisów zgłaszania się przez lekarzy, opuszczających teren Izby, skutkiem czego w spisie członków powstają nazwiska nierealne.

Rada poleciła Zarządowi opracować wnioski i przesłać je do Naczelnej Izby Lekarskiej zmierzające do zabezpieczenia Izb przed niedbalstwem zgłaszania się drogą ustawową. Wnioski te streszczają się w dwóch punktach:

a) lekarz, opuszczający teren jednej Izby i zgłaszający się w drugiej, winien posiadać kartę wymeldowania tej Izby, którą opuszcza;

b) niezależnie od tego Wojewódzkie Urzędy Zdrowia winny zawiadamiać Izby o opuszczeniu terenu Izby przez lekarza.

6. Skarbnik przedłożył Radzie projekt budżetu na rok 1925. W celu wyjaśnienia w budżecie Izby Lubelskiej pozycji, przeznaczonej dla Naczelnej Izby Lekarskiej, Dr. Drożdż odczytał projekt budżetu tejże Izby. Po wyczerpującej dyskusji Rada uchwaliła projektowany budżet przez Skarbnika przyjąć ze zmianami, uwzględniającemi w przychodzie saldo z roku 1924 w rozchodzie uwzględnienie djet dla przyjezdnych członków Rady na posiedzenia tejże w wysokości 15 Zł dziennie oraz zwrot kosztów podróży na przejazd kolejowy II. klasą uwzględnienie większej ilości Zjazdów Rady, powiększenie wydatków kancelaryjnych wobec nadchodzących wyborów.

Rada ustaliła roczną składkę za rok 1925 na 15 złotych od każdego członka Izby, płatnych w pierwszym kwartale b. r.

7) Naczelnik Izby przedłożył Radzie do dyskusji żądania Sądu I. L. L., zawarte w piśmie do Rady.

Rada poleciła Zarządowi wdrożyć akcję, zmierzającą do zmiany § 44 Regulaminu Izby Lekarskiej i powiększyć ilość członków Sądu z 20 na 24 i tyluż zastępców, dzieląc ich proporcjonalnie na poszczególne Województwa.

Rada w zupełności uznała zasadę uwzględnienia przy wyborach do Sądu sposobu wybierania lekarzy z większych środowisk dla łatwiejszego zbierania kompletów sądzących.

Uznając również potrzebę współpracy Sedu Izby z Radą, poleciła Zarządowi zapraszać Prezesa Sądu na posiedzenia Rady z głosem doradczym, zgodnie z § 29 Regulaminu Izby, o ile na posiedzeniach tych będą poruszane jąkiekolwiek kwestje związane z działalnością Sądu.

8. Rada wybrała do Zarządu Izby ponownio dra Drożdże W. i dra Kowalińskiego K., którzy w r. b. zgodnie z art. 22 Ustawy o Izbach ustąpili z Zarządu.

9. Rada wybrała 10-ciu członków Sądu w miejsce 10-ciu ustępujących oraz 4-ch zastępców członków Sądu dla skompletowania przewidzianego § 44 Regulaminu Izby kompletu Sądu. Skład Sądu na rok 1925 przedstawia się personalnie, jak następuje: Dr. Królewski, Miłaszewski, Ziembiński, Krysiński, Kuropatwiński, Bąkowski, Arnsztein M., Kujawski, Wąsowski, Leśkiewicz, Zieliński, Kubaszewski, Nepomucki, Gajsler, Skibiński, Sitkowski Br., Brzeziński, Garbaczewski, Lipiński, Brykner. Na zastępców dodatkowo do poprzedniej listy wybrani zostali drzy: Sołłohib, Bejlin, Krechowiecki, Serdakowski.

10. W sprawie Kasy Pomocy Koleżeńskiej Naczelnik Izby udzielił głosu referentowi drowi Jaworskiemu, który skreślił rozwoj tej kwestji, prace Zarządu w tym kierunku oraz przyczyny, które skłoniły Zarząd do opracowania projektu tego rodzaju pomocy koleżeńskiej, z którą członkowie Rady mieli możność zaznajomienia się w rozesłanym jeszcze w październ-1924 roku statucie Kasy. Po bardzo ożywionej dyskusji na temat pomocy koleżeńskiej wogóle oraz przedłożonego projektu Rada uchwaliła następujące wnioski:

a) przyjąć projekt statutu Kasy, opracowany przez Zarząd Izby w tych punktach, które tyczą się pomocy materjalnej rodzinie lekarza na wypadek śmierci członka Kasy;

b) wprowadzić nowy paragraf do statutu, uwzględniający wypłacenie zasiłków lekarzowi w razie utraty przez niego całkowitej zdolności do pracy;

c) skreślić tę część projektu, która odnosi się do pomocy materjalnej w razie choroby, jako nie opartej na zasadach rentowej pomocy;

d) opracować w ciągu roku bieżącego projekt Kasy Koleżeńskiej na tych zasadach, na jakich jest ona oparta w Izbie lwowskiej;

e) zmieniony w ten sposób projekt Kasy Koleżeńskiej przekazać do zatwierdzenia Naczelnej Izbie, uwzględniając proponowane przez Radę drobne zmiany;

f) wysokość składki, w razie śmierci członka Kasy lub utraty przez niego całkowitej niezdolności do pracy, wynosić ma 10 Zł od każdego uczestnika Kasy;

11) Rada odrzuciła prośbę dwóch lekarzy wenerologów o zezwolenie specjalistom wenerologom na stałe ogłaszanie się w pismach codziennych.

12. Dr Modrzewski przedłożył Radzie motywy, wskazujące na potrzebę realizacji art. 2 punktu c Ustawy z dnia 2. XII 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej, wymagającego do uzyskania prawa praktyki lekarskiej odbycia jednorocznego stażu szpitalnego Rada w zupełności podzieliła przytoczone motywy i upoważniła Wydział Wykonawczy do opracowania opinji w celu poruszenia tej kwestji w innych Izbach i w N. I. L.

13. Rada postanowiła wyasygnować z funduszów Izby 500 Zł w razie realizacji projektu N. I. L. ufundowania samolotu dla obrony Państwa, niezależnie od dobrowolnych ofiar, zbieranych na ten cel przez Izbę.

14. Wniosek Związku Lekarzy P. P. Obw. Siedleckiego w sprawie zwolnienia starszych wiekiem lekarzy od obowiązku niesienia pomocy lekarzy tych w nocy w miejscowościach, posiadających większą ilość lekarzy, Rada odrzuciła, gdyż załatwienie tej sprawy musiałoby wkroczyć w zmianę Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, natomiast poleciła Zarządowi Izby zwrócić się do Władz Wojewódzkich o zarządzenie postępowania zgodnego z prawem Organów Policyjnych w razie odmówienia przez lekarza pomocy choremu. Nie wydaje się bowiem Radzie, aby Organa Policyjne upoważnione były wkraczać do sypialni lekarza, natomiast winny sporządzić protokół i skierować go na drogę zgodną z prawem.

15. Skargę dra Jarosińskiego, zawartą w piśmie do Rady z dnia 26. X. 1924 r. F. 578, Rada uchwaliła uzupełnić danemi, jakie podjęło się dostarczyć Siedleckie Towarzystwo Lekarskie.

Dr. Jaworski, pisarz. *Dr. Modrzewski*, naczelnik Izby.

Izba lekarska Lwowska.

W sprawie ogłoszenia taryfy lekarskiej przez Wojewódzki Urząd Zdrowia we Lwowie

Z treści komunikatu należałoby wnioskować, że cennik poborów ogłoszony został zgodnie z opinją Izby lekarskiej, coby oznaczało, że Zarząd Izby postąpił niezgodnie z uchwałą Rady Izby z d. 2. listopada 1924, uznającą wprowadzenie cen-

nika lekarskiego za niewłaściwe, ponieważ praca lekarska nie da się staryfować a podstawą do oznaczenia honorarjum lekarskiego może być jedynie ciężkość przypadku chorobowego i stan zamożności chorego.

Dla sprostowania takich mylnych mniemań wyjaśnia się, że Lwowski Urząd Wojewódzki zasięgał wprawdzie opinji Zarządu Izby Lekarskiej w sprawie cennika, Zarząd jednak, zgodnie z uchwałą Rady Izby, oświadczył się zasadniczo przeciwko ustanowieniu cennika, tak, że cennik ogłoszono wbrew opinji Izby Lekarskiej.

Kasa Ubezpieczeniowa Lwowskiej Izby Lekarskiej.

I. Protokół posiedzenia Komitetu Wykonawczego w dniu 11. czerwca 1924.

Przyjęto prośby dwudziestu pięciu lekarzy o przyjęcie do wyższego ubezpieczenia, niż obowiązkowe. Należytość za druki i portorja podzielono na równi pomiędzy Izbę i Kasę, tak, że na każdą przypada do zapłacenia po 38 Zł. Stan funduszów: Trzystu dziesięciu członków wpłaciło i gotówka wynosi 2.068·44 Zł. Postanowiono wysłać do tych lekarzy, którzy dotychczas nie wpłacili, urgensy, tudzież regulamin, który został wydrukowany w ilości 2.000 egzemplarzy za zwrotem kosztów w wysokości 0·50 Zł za egzemplarz. Zgłoszenia chorób na razie nie wpłynęły żadne.

II. Protokół posiedzenia w dniu 8. lipca 1924.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Przyjęto do wyższego ubezpieczenia, niż obowiązkowe, 17 lekarzy. Uchwalono zasadniczo przyjmować członków byłej Kasy Chorych Lekarzy bez zastrzeżeń co do wielokrotności. Stan funduszów: 2.817·30 Zł.

III. Protokół posiedzenia w dniu 10. września 1924.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Uchwalono zasiłki drom B., ST., P., W., Gr., St Do wyższego ubezpieczenia przyjęto dziewięciu lekarzy. Uchwalono zwrócić się do Banku Unji w Polsce z życzeniem obniżenia kosztów manipulacyjnych. Uchwalono przedłożyć Radzie Izby wniosek na obniżenie odsetek zwłoki. Stan funduszów: 4.194·17 Zł. Dotychczas wpłaciło 522 lekarzy, drugie tyle zalega z wkładkami.

IV. Protokół posiedzenia w dniu 26. września 1924.

Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Osobistej interwencji przewodniczącego należy przypisać fakt, że Bank Unji w Polsce pisemnie uwiadomił Kasę, że bonifikuje Kasie własne wydatki, zaliczone w zamknięciu rachunkowem do 30. VI. 1924. Przyjęto dra Gr. do czterokrotnego ubezpieczenia. Wypłacono zasiłki drom: B., P., Gr., W., St. Stan funduszów: 5.003 Zł. Uchwalono liczyć $^1/_2$% dziennie, jako odsetki zwłoki i przedstawić Radzie wniosek członka Komitetu dra M. obniżenia odsetek zwłoki na 5% miesięcznie.

V. Protokół posiedzenia w dniu 7. listopada 1924.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Przewodniczący donosi, że liczba lekarzy, którzy się dotychczas wpisali wynosi 750. Są jednak i protesty, tudzież prośby o zwolnienie od opłat. Przyznano zasiłki drowi St. i lek K. Do wyższego ubezpieczenia przyjęto drów T., L., H.-L., K. Stan funduszów: 6.869·24 Zł. Uchwalono zwrócić się do Województwa z prośbą o podanie dokładnego wykazu adresów celem ponownej ekspedycji urgensów tym lekarzom, od których pisma wróciły jako niedoręczone. Wdowie po drze B. wypłacono kwotę pośmiertną. Przyznano zasiłki drom W. i St.

VI. Protokół posiedzenia w dniu 12. grudnia 1924.

Przyjęto do wyższego ubezpieczenia dra K., przyznano zasiłki drom: St., F.-Th., W., wdowa po drze B. pokwitowała odbiór kwoty pośmiertnej. Stan funduszów: 7.411·15 Zł.

VII. Protokół posiedzenia w dniu 9. stycznia 1925.

Przewodniczący zawiadamia, że biuro Kasy rozesłało do zalegających z wkładkami t. zw. mandaty pocztowe. Na 320 wysłanych mandatów pocztowych wróciło 124. Część ich postanowiono wręczyć Dyrekcji Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie z prośbą o doręczenie lekarzom szpitalnym, a z resztą kolegów, którzy nie przyjęli mandatów, przeprowadzić korespondencję indywidualną. Uchwalono ogłosić w krótkim komunikacie w P. Gazecie lekarskiej uchwałę Rady Izby, podwyższającą od 1. stycznia 1925 zasadnicze świadczenia na 2 Zł dziennie i zasadniczą wkładkę kwartalną na 8 Zł przy utrzymaniu dotychczasowej wielokrotności, której największą wysokość zasiłku stanowi kwota 10 Zł dziennie przy wkładce kwartalnej 40 Zł. Przyjęto jako zasadę, że członkom pozostawia się swobodę pozostania przy poprzednio zdeklarowanej wielokrotności (3, 4, 5 Zł dziennie) lub podwyższenia jej na 6—10 Zł dziennie; odpowiadające wielokrotnościom opłaty wynoszą 12, 16, 20, 24, 28, 32 36 i 40 Zł kwartalnie. Postanowiono, że przewodniczący będzie udzielał ustnych informacyj w sprawie obowiązku ubezpieczeniowego, by zaś ułatwić sytuację zalegającym z wkładkami, będzie ewentualnie od nich przyjmował tytułem zapłaty kwotę 10 Zł. Stan funduszów: 8.374·40 Zł. Uchwalono wypłacić drowi St. zasiłek 150 Zł do wyższego ubezpieczenia przyjęto drów: Z., A., L., M.

VIII. Protokół posiedzenia w dniu 30. stycznia 1925.

Powzięto uchwałę zasadniczą: Przy podwyższeniu ubezpieczenia obowiązuje wyższe świadczenie dopiero po upływie miesiąca. Zasiłków udzielono: drowi K., Z., Dr., B., V., K., St., P. Przyjęto do wyższego ubezpieczenia drów: W., Dr., F., D., M., L., G., L., M., D., W., H., R., H., W., Z., Z., L. Celem zabezpieczenia funduszów Kasy, w myśl uchwały Rady i Zarządu, zakupiono dom przy ul. Zyblikiewicza. Po ulokowaniu kwoty 8 300 Zł w kupnie domu stan funduszów wynosi 1.911 Zł. Oferty Towarzystwa asekuracyjnego Riunione Adriatica di Sicurtá nie przyjęto, jako bezprzedmiotowej z powodu zorganizowania ubezpieczenia w łonie samej Izby. Suma zasiłków chorobowych w ostatnim czasie 2.062 Zł.

Allerhand, sekretarz. *Papée*, przewodniczący.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 7. stycznia 1925.

Przewodniczący komunikuje, że wprowadzenie w życie Kasy emerytalnej Izby jest w toku, i podnosi, że Komitet Kasy nie jest wybrany, co ma uskutecznić Rada Izby. Uchwalono dokonać wyboru prowizorycznego z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez Radę Izby. Wybrano członkami Komitetu: dr. Dolińskiego, Liliena i Moszkowicza, zastępcami: dr. Stanisława Lewickiego i Świtalskiego.

Następnie Przewodniczący przedstawia stan sprawy kupna domu przez Izbę.

Opłatę członkowską do Izby na rok 1925 przyjęto w wysokości dotychczasowej t. j. 10 zł. rocznie, z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez Radę Izby.

Potem przeprowadzono dyskusję w sprawie pisma Przewodniczącego Sądu Izby, w którem wyrażono życzenie, aby Zarząd Izby, przekazując jakąś sprawę Sądowi, precyzował oskarżenie w uchwale przekazującej.

W dyskusji dano wyraz zapatrywaniu, że formułowanie oskarżenia na zasadzie postanowień ustawy należy do rzecznika dyscyplinarnego, który po przeprowadzeniu śledztwa ma wszelkie do tego podstawy. Zarząd Izby niema możności zbadania danej sprawy tak ściśle, aby mógł sprecyzować oskarżenie, mógłby jedynie na podstawie doniesienia oskarżyciela prywatnego streścić podniesione zarzuty, co często okazałoby się oskarżeniem mylnem. Postanowiono w tym duchu odpowiedzieć Prezydjum Sądu Izby.

Następuje drugie czytanie Regulaminu Kasy emerytalnej Izby, które doprowadzono do § 9. włącznie.

Prof. N. referuje skargę pani Zeneidy Stachowskiej, która czuje się dotkniętą notatką umieszczoną w Nr. 34. Polskiej Gazety lekarskiej, a tyczącą się posiedzenia Zarządu Izby, na którem podano w wątpliwość prawo pani St. do wykonywania praktyki lekarskiej.

Po przeprowadzeniu dyskusji postanowiono odpowiedzieć, że uchwała Zarządu Izby z 2. lipca 1924. zapadła na podstawie dokumentów, które podówczas były w rękach Zarządu, a z których nie wynikało, że pani St. jest lekarką. Wobec tego prośba pani St. o unieważnienie sprostowania nie jest uzasadniona. Obecnie przez przedłożenie w dniu 22. grudnia 1924 kopji dyplomu Medycznego Instytutu w Kijowie z daty 26. września 1924., pani St. udowodniła, że jest lekarką.

W końcu przekazano sprawę zatargu dr. K. z dr. L. Sądowi Izby.

Ostrzeżeni !

Stowarzyszenie Lekarzy miasta i uzdrowiska Otwocka ostrzega Sz. Kolegów przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad lekarskich w Otwocku.

W tych sprawach, jak zarówno w sprawach osiedlenia się, prosimy zwracać się do tutejszego Związku Lekarzy w celu porozumienia się.

Dr *W. Wajdenfeld*, sekretarz. *Dr. A. Michałowski*, prezes.

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych. że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego T-wa lek. składa serdeczne podziękowanie J. Wielm. Pani prof. dr. Nowotnowej w Krakowie za cenną i obszerną bibljotekę, pozostałą po św. p. prof. dr. Franciszku Nowotnym, a ofiarowaną w całości Towarzystwu.

Po piętnastu latach niezwykle owocnej pracy, jako bibljotekarz T-wa lek. krakowskiego, ustępuje ze zajmowanego stanowiska kol. dr. Maksymiljan Blassberg. Wśród ciężkich warunków, z prawdziwem zaparciem siebie, doprowadził kol. Blassberg bibljotekę do zupełnego porządku i oddał ją do użytku członków Towarzystwa. Za gorliwą, pełną poświęcenia, bezinteresowną pracę Wydział Twa składa tą drogą kol. Blassbergowi serdeczne podziękowanie.

Lwów.

Nagrodę Wytwórni surowic i szczepionek »Serovac« za rok 1924 w kwocie 100 zlp. otrzymał Dr. Ciepielowski z Oddziału wewnętrznego I. Szpitala Państwowego we Lwowie za pracę p. t.: „O żółtaczce hemolitycznej", wygłoszoną na posiedzeniu Lwowskiego Koła Lekarzy Szpitalnych.

Przy katedrze medycyny sądowej na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza wolnem będzie od 1 marca 1925 stanowisko asystenta starszego. Kandydaci na to stanowisko zechcą wnieść podanie z dokładnym życiorysem do Kancelarji Dziekana Wydziału lekarskiego w czasie do 27 lutego 1925.

Łódź.

Walne zebranie Tow. lekarskiego wybrało ponownie Zarząd dotychczasowy na rok 1925: Prezesem dra S. Sterlinga, zastępcą prezesa dra Manteufla, sekretarzem I. dra Ruegera, sekretarzem II. dra Tenenbauma, bibljotekarzem dra Grechnera, skarbnikiem dra Mogilnickiego.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie. Wybory władz Towarzystwa na rok 1925 dały wynik następujący: na prezesa został powołany prof. Bronisław Sawicki, na wiceprezesa kol. Kazimierz Zieliński, na sekretarza dorocznego kol. Byszewski, na wakujące stanowisko członka zarządu kol. W. Kowalski.

Ustawa o powszechnym obowiązku wychowania fizycznego i o przysposobieniu wojskowem. Dowiadujemy się z miarodajnego źródła, że Min. Spraw Wojsk. opracowało już w ostatecznem brzmieniu ustawę o powszechnym obowiązku wychowania fizycznego i o przysposobieniu wojskowem; i w najbliższych tygodniach wejdzie ona pod obrady Rady Ministrów. W związku z rzeczoną ustawą, pod przewodnictwem ministra oświaty, utworzona zostanie naczelna Rada wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, której zadaniem będzie powołanie rad okręgowych i powiatowych, oraz koordynacja pracy różnych czynników w kierunku wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego. Skład i działalność tych rad będzie nosiła charakter państwowo-społeczny.

Opieka lekarska nad dziećmi w schroniskach. Przeprowadzone ostatnio badania lekarskie w licznych zakładach opiekuńczych wykazały znaczny odsetek dzieci chorych na choroby zakaźne, jak n. p. jaglicę, gruźlicę i inne. Do walki z temi epidemjami przystąpiło energicznie Min. Pracy i O. S. wespół z Generalną Dyrekcją służby zdrowia przy udziale sił społecznych. W woj. kieleckiem miejscowy Patronat Schroniska dla dzieci repatrjowanych dokonał reorganizacji zakładu normalnego na zakład wychowawczo-leczniczy dla 120 dzieci jaglicznych. W Warszawie Polski Komitet pomocy dzieciom kończy prace nad uruchomieniem zakładu jaglicznego na 150 dzieci. W Sremie (woj. poznańskie) tenże Komitet, dzięki poparciu Starostwa, organizuje nowy zakład na 150 dzieci dotkniętych tą chorobą oczu. Kolonja lecznicza Tow. Czerwonego Krzyża w Puszczykowie (woj. poznańskie) zostanie rozszerzona i służyć będzie jako zakład stały dla 60 dzieci gruźliczych. Żywo również posuwa się budowa kolonji leczniczej na 200 dzieci w Busku oraz sanatorjum w Zakopanem na 300 dzieci, dzięki inicjatywie sen. prof. Godlewskiego oraz dr. Stankiewicza, przy wydatnej pomocy materjalnej.

Zwalczanie gruźlicy. W wyniku narady, odbytej w departamencie opieki społecznej Minist. pracy i opieki społecznej z przedstawicielami jeneralnej Dyrekcji służby zdrowia, Minist. oświecenia, polskiego Czerw. Krzyża, Tow. przeciwgruźliczego i Ligi przeciwgruźliczej, zdecydowano zacząć planową organizację zwalczania gruźlicy u dzieci od utworzenia przychodni przeciwgruźliczych na całym terenie Rzeczypospolitej. Wskutek porozumienia się z polsko-amerykańskim komitetem pomocy dzieciom, przystępuje tenże do organizowania przychodni przeciwgruźliczych dla dzieci i młodzieży w lokalach Stacji opieki nad matką i dzieckiem, posiadających odpowiedni personal pielęgniarski i odpowiednie lokale. Na początek będzie utworzonych 17 stacyj w różnych miejscowościach, 17 następnych będzie utworzonych z chwilą dobrania odpowiednio wyszkolonego personalu pielęgniarskiego.

Do walki z jaglicą. Wobec rozszerzającej się na krańcach miasta niebezpiecznej epidemji egipskiego zapalenia oczu czyli t. zw. jaglicy, Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom postanowił wziąć udział w walce z groźną chorobą, udostępniając leczenie w specjalnym szpitalu jaglicznym przy ul. Czerniakowskiej 131. Szpital ten będzie uruchomiony w ciągu najbliższych tygodni — a ponieważ jaglica jest chorobą, którą usuwać można tylko przy pomocy systematycznego i racjonalnego leczenia, przystąpienie P. A. K. P. D. do akcji przeciwepidemicznej ma niesłychanie ważne znaczenie.

Koło medyków S. U. W. wydawać będzie pismo p. t.: »Życie medyczne«. Będzie to miesięcznik, obejmujący całokształt spraw i zainteresowań studenta-medyka. Na treść »Życia medycznego« składać się będą następujące działy: 1) urzędowy, 2) naukowy, 3) społeczno-akademicki, 4) życie Koła, 5) literacko-satyryczny, 6) kronika, drobne rencenzje i t. p. Całość ma być traktowana w sposób żywy, charakterem swym jaknajbardziej zbliżona do barwnego życia studenckiego. W skład komitetu redakcyjnego wchodzą; p. Czesław Hoppe, redaktor i kierownik działów literackiego i „życie Koła", dr. Jan Kochanowski, kierownik działu naukowego, p. Zygmunt Obrębski, kierownik działu urzędowego, p. Zygmunt Kuligowski, kier. działu społeczno-akademickiego oraz p. Jerzy Morzycki, sekretarz redakcji.

Ratownictwo. Pokazy ratownictwa lekarskiego, organizowane przez Pogotowie ratunkowe odbędą się w czasie od 28 lutego do 6 marca r. b. w siedzibie kasyna urzędników państwowych, Nowy Świat 69. W pokazach wezmą udział: Polski Czerwony Krzyż, Instytut obrony gazowej, Instytut radowy i wszystkie Pogotowia prowincjonalne. Codziennie wygłaszane będą odczyty o ratownictwie, ilustrowane zdjęciami kinematograficznemi, specjalnie do tego celu przygotowanemi. Organizatorzy projektują, ażeby wszystkie szkoły miejscowe zwiedziły pokazy, co będzie dla młodzieży dużym pożytkiem. Podczas pokazów sprzedawane będą w cenie 3 złotych apteczki podręczne wykonane przez Pogotowie ratunkowe.

Kąpielisko przy elektrowni warszawskiej ma być urządzone ptzez miejski Wydział Zdrowia Publicznego. Komitet budowy pozostaje pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta dra S. Rottermunda.

Ze świata.

Przyczyna choroby zatokowej, która pojawiła się u rybaków w portach Prus Wschodnich, a także w Gdańsku, została wyjaśniona po przeprowadzeniu odpowiednich badań naukowych m. i. w »Instytucie Roberta Kocha« w Berlinie i w Zakładzie badania środków żywności w Królewcu. Wyniki badań są następujące: 1) Zastrzyknięcie 1 cm^3 przesączonej, jałowej wody zatoki człowiekowi, który co dopiero przebył atak choroby zatokowej, wywołuje atak tejże choroby; 2) w krwi, moczu i w narządach ludzi chorych na tę chorobę lub z powodu niej zmarłych, podobnie u zwierząt stwierdzono obecność arsenu; natomiast w rybach zatoki stwierdzono arsen w bardzo nieznacznej ilości; 3) w wodzie zatoki stwierdzono wcale pokaźną ilość arsenu i to w postaci rozpuszczonej lub postaci lotnego gazu, który nie jest arsenowodorem, lecz dość wysoko drobinowem połączeniem organicznem arsenowem; 4) w błocie zatoki stwierdzono »pleśnie arsenowe«, które są w stanie rozkładać substancje, zawierające arsen, jakie są również w wodnych algach arsen gromadzących; 5) w odpadkach z fabryk cellulozy stwierdzono znaczne ilości arsenu. W ten sposób stwierdzono niemal niezbicie, że z wyługowywanemi substancjami fabryk cellulozy dostaje się do wody zatokowej także arsen; dzięki biologicznym procesom, odbywającym się w błocie zatoki, zamienia się arsen w połączenia lotne, wysokodrobinowe, które następnie wywołują u rybaków objawy chorobowe.

Pasteurowski Instytut został założony przed 5 laty w Moskwie celem rozciągnięcia pieczy nad zdrowiem ludności. Początkowo powołano do życia instytut serologiczny, następnie dla chorób podzwrotnikowych, dla higjeny i fizjologji odżywiania, doświadczalnej biologji i chemji biologicznej, mikrobiologji, gruźlicy. Personal 6 obecnie istniejących instytutów składa się ze 120 osób.

W następstwie wprowadzenia zakazu alkoholowego w Stanach Zjednoczonych potroiło się tamże spożycie kawy, mianowicie wzrosło ono z 2 na 6 miljonów worków. W Niemczech, jak donoszą pisma, spadła ilość spożycia kawy niemal o połowę; pisma niemieckie tłumaczą to ogólnem zubożeniem Niemiec. W roku 1913 wynosiło ono w Niemczech 3 kg na głowę, w r. 1924 najwyżej tylko 1 kg.

Przedmuchiwanie jajników. Engelmann (Z. f. Gyn. 1923 Nr. 46) i Schallehn (Z. f. Gyn. 1924 Nr. 51) spostrzegali przypadki zatoru (embolus) powietrznego z objawami bardzo ciężkiemi po zastosowaniu jajowodów (pertubatio). Obydwa przypadki zakończyły się pomyślnie.